

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**O Enfermeiro especialista na promoção da
sexualidade na gravidez**

Maria João Franco Coelho

Lisboa

Novembro 2016



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

O Enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez

Maria João Franco Coelho

Orientador: Maria Helena de Carvalho Valente Presado
Co-orientador: Antonieta Medeiros

Lisboa

Novembro 2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



A minha enorme gratidão, aos meus pais pela força impulsionadora e cooperação. Aos meus filhos pelo carinho e paciência nos momentos em que sentiram a minha pouca disponibilidade ao longo desta caminhada, ao meu companheiro pelo apoio incondicional e por compreender sempre a minha dedicação ao trabalho.

Agradeço também a todos os que colaboraram directa ou indirectamente na realização deste relatório, particularmente às Enfermeiras orientadoras no local de estágio, pois sem elas este trabalho não seria possível.

Não poderia deixar de expressar o meu agradecimento especial, às Professoras Orientadoras pela disponibilidade e incentivo ao longo da realização deste relatório.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APPT- Ameaça de parto pré-termo

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Saúde de Lisboa

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

IA – Índice de Apgar

ICM – International College of Midwives

IV - Intra venoso

N - Narrativa

OL – Orientadora no local

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP - Preparação para o Parto e para a Parentalidade

RCEEEESMOG – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica

RN – Recém-nascido

SP – Sala de Parto

TP – Trabalho de parto

WHO – World Health Organizatio

RESUMO

O presente relatório de estágio tem como principal objectivo demonstrar as competências adquiridas e desenvolvidas durante o meu percurso de aprendizagem em contexto de cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Foi escolhida como temática a desenvolver - ***O Enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez***. A escolha do tema prendeu-se com o facto de ser pouco abordado nos livros de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, nos cursos de especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, bem como pelos enfermeiros especialistas junto das grávidas e companheiros. A gravidez é caracterizada por fortes mudanças físicas, psicológicas, emocionais e sociais, durante este período poderá ocorrer um aprofundamento da vivência sexual ou conduzir a problemas com impacto negativo na saúde física e psicológica do casal e família. Assim, pretendo sugerir a forma do enfermeiro especialista promover a sexualidade durante a gravidez.

A metodologia utilizada foi a revisão sistemática da literatura. Foi formulada a questão PICO “*Quais as intervenções do enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez*”. A pesquisa em bases de dados foi realizada através do motor de busca EBSCO. Foram também realizadas narrativas, sendo utilizada a técnica de análise de conteúdo, para a análise destas, decorrentes das interações com as grávidas, os companheiros e as enfermeiras especialistas.

Como resultados pode-se destacar a importância de o enfermeiro especialista promover a sexualidade durante a gravidez sem tabus, de forma natural e sem juízos de valor, ajudando os casais a revelar as suas preocupações e dúvidas. Educar e informar os casais acerca de alterações normais na gravidez, desejo sexual, posições sexuais, alternativas à penetração, assim como desmistificar mitos e medos pode ajudá-los a aumentar a confiança no enfermeiro especialista, aumentar a auto-estima da grávida, contribuir para uma sexualidade saudável e para o bem-estar conjugal.

Palavras-chave: Gravidez; cuidados de enfermagem; promoção da saúde; sexualidade.

ABSTRACT

This internship report aims to demonstrate the skills acquired and developed during my learning process in the context of specialized nursing care in Maternal Health, Obstetric and Gynecologic the 6th Masters course in Maternal Health and Obstetrics Nursing of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. It was chosen as a theme to develop - The Nurse specialist in the promotion of sexuality in pregnancy. The choice of this theme held with the fact that it is rarely addressed in maternal health and obstetrical nursing books in specialized courses in maternal health nursing and midwifery, as well as by specialist nurses with pregnant women and companions. It is essential that specialist nurse educate and inform couples at this stage of the life cycle, especially in terms of sexuality. Pregnancy is characterized by strong changes in physical, psychological, emotional and social, during this period there may be a deeper sexual experience or lead to problems with a negative impact on physical and psychological health of the couple and family.

The methodology used was the systematic review of the literature. It was formulated PICO question "What are the interventions of nurse specialist in the promotion sexuality in pregnancy". The search databases was performed using the EBSCO search engine. narratives were also performed, and used the content analysis technique for the analysis of these arising from interactions with pregnant women, partners and specialist nurses.

The results can highlight the importance of the nurse promote sexuality during pregnancy without taboos, naturally and without value judgments, helping couples to reveal their concerns and questions. Educate and inform couples about normal changes in pregnancy, sexual desire, sexual positions, alternatives to penetration as well as demystify myths and fears can help them increase confidence in the specialist nurse, increase the self-esteem of pregnant contribute to healthy sexuality and marital well-being.

Keywords: Pregnancy; nursing care; health promotion; sexuality.

Índice

INTRODUÇÃO	15
1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ.....	19
1.1 Sexualidade.....	19
1.2 Sexualidade na gravidez.....	20
1.3 Teoria das Transições de Alaf Ibrahim Meleis	25
2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO.....	29
2.1 Revisão da Literatura.....	29
2.2 Reflexão da prática clínica.....	32
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO.....	34
3.1 Objetivo nº1 - Desenvolver competências no âmbito da sexualidade durante a gravidez.....	35
3.2 Objetivo nº 2 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que acorrem ao serviço de urgência obstétrica.....	45
3.3 Objetivo nº 3 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que acorrem ao serviço de urgência ginecológica.....	49
3.4 Objetivo nº 4 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do trabalho de parto, assim como na adaptação do RN à vida extra uterina.....	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

APÊNDICES

Apêndice I: Grelha orientadora de registos de narrativas

Apêndice II: Grelha de análise de artigos

Apêndice III: Plano de sessão de PPP

Índice de Tabelas

Tabelas 1. Questão PICO.....	30
Tabela 2. Fatores de seleção dos artigos.....	31
Tabela 3. Promoção da sexualidade pelo EESMO e participação do casal.....	39
Tabela 4. Principais alterações na sexualidade resultantes da análise das narrativas.....	42
Tabela 5. Sugestões de promoção da sexualidade pelo EESMO durante a gravidez.....	44
Tabela 6. Procedimentos efetuados na sala de parto.....	53

INTRODUÇÃO

Este documento visa a descrição, análise e avaliação de forma crítica de todas as etapas vivenciadas ao longo destes meses de estágio. Como defende Silva (2005) nos dias de hoje a formação dos profissionais de saúde necessita de novos referenciais, de forma a unir a educação, a saúde e o desenvolvimento, numa perspectiva reflexiva, desta forma, a metodologia utilizada foi a revisão sistemática da literatura, de modo a determinar a evidência científica mais actual, para uma prática baseada na evidência. Assim, como uma análise crítica das minhas práticas, de forma a perceber de que forma contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista.

Segundo a OE (2010) o EESMO presta cuidados à mulher e família ao longo do seu ciclo reprodutivo, bem como aquando de processos fisiológicos e patológicos ou disfuncionais no decorrer do seu ciclo vital. Também é titular de competências que permitem prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal, gravidez, pós-parto, bem como em situação de aborto.

Pretendo com este relatório dar resposta ao projecto de estágio com relatório, elaborado com o intuito de dar a conhecer as competências específicas do EESMO por mim desenvolvidas e tendo como objetivos específicos:

- ✓Objetivo nº 1 - Desenvolver competências no âmbito da promoção da sexualidade durante a gravidez;
- ✓Objetivo nº 2 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que acorrem ao serviço de urgência obstétrica;
- ✓Objetivo nº 3 – Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que acorrem ao serviço de urgência ginecológica;
- ✓Objetivo nº 4 – Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do trabalho de parto, assim como na adaptação do RN à vida extra uterina.

De acordo com o Regulamento de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica, escolhi

como competências norteadoras do meu relatório de estágio: H2, H3 e H4 (OE, 2011).

Relativamente às “*Essential competencies for basic midwifery practice*” postulado pelo International Confederation of Midwives (2013) importa salientar:

Competência nº2: *As parteiras realizam educação para a saúde de alta qualidade e culturalmente sensível a toda a comunidade, a fim de promover vidas familiares saudáveis, gravidezes planeadas e parentalidade positiva;*

Competência nº3: *As parteiras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade, para maximizar a saúde durante a gravidez, o que inclui detecção e tratamento ou referência de complicações;*

Competência nº4: *As parteiras prestam cuidados culturalmente sensíveis e de elevada qualidade durante o parto, conduzem um parto de baixa intervenção e seguro e gerem situações de emergência, para maximizar a saúde da mulher e do seu RN.*

Indo de encontro às competências referidas anteriormente e contribuindo para o desenvolvimento das competências H2 (OE, 2011) e nº2 (ICM, 2013), senti necessidade de desenvolver enquanto futura EESMO a temática - **O Enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez**. O meu interesse por esta temática surgiu ao detectar, através da minha prática de cuidados a importância do enfermeiro especialista detetar anomalias e promover a sexualidade do casal durante a gravidez, uma vez que as suas competências passam pelos projectos de saúde da mulher e convivente significativo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Após a análise do estado da arte e da concretização de vários ensinamentos clínicos percebi que ainda há algum constrangimento por parte do enfermeiro especialista em abordar a sexualidade junto da grávida e do companheiro. O facto de ser um tema tabu tornou a escolha do tema mais aliciante. Estamos a viver uma era de mudança de mentalidade e se queremos contribuir para uma sociedade mais justa e equilibrada é necessário darmos algum contributo, por menor que este seja.

Ao iniciar a revisão sistemática da literatura percebi que existe pouca pesquisa científica acerca do enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez, e a existente sugere que os enfermeiros realizam pouca educação para a saúde referente a esta temática. As principais razões para a pouca intervenção

nesta área são, o pudor, o desconforto com a sua própria sexualidade e medo de invadir a privacidade do casal (Katz, 2005). A sexualidade durante a gravidez torna-se distinta da fase pré concepcional e leva muitas mulheres e homens a acreditar que não devem ter relações sexuais durante este período. No que diz respeito às mulheres, como refere Silva (2005) as alterações corporais vividas durante a gravidez, provocam perda de auto estima, sentimento de incapacidade de sedução e a adaptação a esta nova fase da vida da mulher pode levar a uma maior dificuldade a nível do relacionamento sexual entre o casal. Devemos esclarecer as questões da libido, desmistificar crenças, mitos e questões culturais ligadas à atividade sexual durante a gravidez (Lowdermilk, 2008). Neste sentido é importante o enfermeiro especialista informar o casal acerca das alterações habituais do desejo sexual durante a gravidez e transmitir outras formas de experienciar a sexualidade, nomeadamente através de carícias, atividade não-genital, masturbação e/ou diferentes posições sexuais.

Com o objetivo de melhor sustentar a minha prática de cuidados e assim desenvolver as competências específicas do EESMO defini como modelo teórico, a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. De acordo com Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000) transição é a passagem entre dois períodos de tempo estáveis, com esta passagem a pessoa passa de uma fase, situação ou estado de vida para outra. As transições são acompanhadas por várias emoções, muitas das quais relacionadas com as dificuldades encontradas ao longo do processo de transição e o enfermeiro é o profissional que ajuda na gestão dos processos de transição ao longo do ciclo de vida do cliente.

A gravidez é uma fase de transição para a parentalidade, que implica uma nova adaptação do casal, a todos os níveis, nomeadamente no que se refere à sexualidade. Durante a transição, a pessoa vivencia mudanças profundas e essas têm um impacto significativo sobre a vida e a saúde das mulheres, dos seus companheiros e das suas famílias. Meleis et al. (2000) defenderam que compete ao enfermeiro preparar e informar os casais, através da aquisição de novas competências relacionadas com a transição para a parentalidade. Esta transição necessita de interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e competências de forma a assumir o novo papel (Vieira, 2008). Assim, a educação

para a saúde é essencial para preparar o casal na transição para a parentalidade, de forma a vivenciarem uma transição saudável, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade.

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos. Um primeiro capítulo onde faço um enquadramento teórico, dou a conhecer a metodologia e processos de trabalho, os resultados da Revisão da Literatura, a Teoria das Transições de Meleis e de que forma contribuíram para orientar o meu estágio. O segundo capítulo incide sobre os objectivos específicos delineados, as competências específicas do EESMO e as atividades desenvolvidas no presente estágio e no EC III, uma vez que estes foram importantes no desenvolvimento da temática do relatório, tudo isto à luz de uma narrativa reflexiva. Por último finalizo com as considerações finais.

A construção e formatação deste relatório de estágio, segue as normas APA referidas no guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (2016) e está redigido de segundo o Novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

A sexualidade inclui uma componente biológica, psicológica, social, cultural e ética, segundo a OMS (2001) a sexualidade assume uma fulcral importância na qualidade de vida do ser humano e a sua alteração, seja ela por factores fisiológicos, psicossociais ou comportamentais, deve ser motivo de grande preocupação por parte dos profissionais de saúde. É importante considerar a sexualidade alterável, uma vez que esta varia de forma significativa ao longo do ciclo de vida, podendo ser experienciada de forma diferente de acordo com a idade, classe, etnia, capacidade física, orientação sexual, religião e região (Weeks, 2003).

1.1 Sexualidade

O conceito de sexualidade tem evoluído ao longo dos tempos, devido a alterações políticas, sociais, económicas e culturais. Outrora a moral religiosa conservadora reprimia o prazer sexual, centrando a vivência da sexualidade na procriação, o que já não se verifica na atualidade. Os mitos relacionados com a sexualidade incluíam práticas consideradas pecaminosas, tais como a masturbação, sexo antes do casamento e comportamentos sexuais, não havia liberdade para a fantasia e para a descoberta do corpo.

Uma vez que se confunde muitas vezes “sexo”, com “sexualidade”, é importante distingui-los. Desta forma o sexo é o que diferencia o homem da mulher, de acordo com os órgãos genitais masculinos ou femininos. Por outro lado, a sexualidade é vivenciada de acordo com as experiências de cada indivíduo, reflete as suas crenças, educação e cultura. A sexualidade é considerada como um aspeto intrínseco ao Homem sendo mais expressivo do que o ato sexual, pois inclui os componentes biológicos, socioculturais, psicológicos e éticos do comportamento sexual (França, 2005).

A OMS (2002) definiu sexualidade como *“um aspeto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, género, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e*

expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem sempre elas são todas experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais”.

Carteiro et al (2016, p. 166) defendem que a *“sexualidade é uma função biológica humana que não se limita à genitalidade, mas, sim, à corporalidade total, assumindo uma importância inquestionável na qualidade de vida dos indivíduos”*. Desta forma a saúde sexual não se limita à ausência de doença e disfunção, mas representa o equilíbrio entre as dimensões implicadas no ato sexual, ou seja a dimensão física, mental, emocional e social (Murtagh, 2015).

Para alguns a sexualidade ainda é abordada numa perspetiva biológica e limitada às disfunções e ao planeamento familiar (Costa, 2011). No entanto, aos poucos já se vai abrindo espaço para a procura do prazer, a sexualidade é essencial para o bem-estar do indivíduo, ao longo do seu ciclo de vida, sendo influenciada por questões culturais, familiares, religiosos, entre outras (Vilelas, 2009). Uma vez que o enfermeiro presta cuidados globais ao cliente e família, torna-se essencial abordar a sexualidade na prática de cuidados de enfermagem e para isso é necessário tal como Carteiro (2015, p. 5) refere *“sensibilidade para observar a globalidade do utente, avaliar a postura e a reação através da comunicação corporal, identificando constrangimentos, medos, ansiedades, reações à abordagem e avaliar possíveis questões não abordadas explicitamente, mas que podem estar relacionadas com a procura do cuidado”*.

1.2 Sexualidade na gravidez

A gravidez é um fenómeno fisiológico e, ao mesmo tempo, um acontecimento extraordinário na vida de um casal, é caracterizada por fortes mudanças físicas, psicológicas, emocionais e sociais (Silva, 2007). Segundo Canavarro (2006, p.19) *“gravidez é um processo que corresponde a um período que medeia a conceção e o parto de cerca de 40 semanas portanto bem definido temporalmente “*, contudo como referiu Pasini (1993, p. 135). emocionalmente a

gravidez surge a partir do momento que a mulher deseja ser mãe *“a gravidez nasce de um desejo profundo que se impõe progressivamente à mulher e do qual ela não consegue libertar-se”*.

Segundo a CIPE (2011, p.56) *“Gravidez é a condição de desenvolver e alimentar um feto no corpo e que dura um período aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento, a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas inevitáveis nas funções orgânicas, o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos”*. De forma a ajudar a grávida e a família a perceberem todas estas alterações o enfermeiro especialista deve ajudar a grávida a compreender a sua condição física e a necessidade de cuidados, facilitando assim a sua tomada de decisão e incentivando-a a participar activamente nos cuidados que necessita (Lowedermilk, 2008).

As mudanças vivenciadas durante a gravidez não são apenas sentidas pela grávida, mas também pelo companheiro. A gravidez não é só parte integrante do ciclo de vida da mulher, mas do casal, como refere (Delassus, 2000, p.16) *“o feto está ligado ao projeto parental e aos laços já estabelecidos, pelo simples pensamento que se tem dele: o desejo de um filho”*.

Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações na vida dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, a transição para a parentalidade implica um conjunto específico de mudanças para a mulher e para o homem, particularmente no que se refere aos relacionamentos conjugais e familiares. A gravidez é uma fase de transição que implica uma nova adaptação do casal a vários níveis, nomeadamente no que se refere à sexualidade. As investigações têm concluído que este é um período crítico para possíveis alterações na vida do casal, é um momento de maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de dificuldades sexuais emergentes ou existentes (Figueiredo, 2004). Segundo Meleis et al. (2000), os meios e condições sociais, familiares e comunitárias podem também dificultar ou facilitar a vivência da transição. A transição para a parentalidade implica adaptação a nível físico, emocional, existencial e sexual, neste sentido pode conduzir à alterações do desejo, do interesse e da actividade sexual.

No que diz respeito a abordar a sexualidade na gravidez foram Master e Johnson (1966) que iniciaram o estudo do impacto que a gravidez podia ter ao nível da experiência sexual do casal. Através dos seus estudos Master e Johnson (1966) demonstraram existir fortes alterações a nível do comportamento sexual durante a gravidez, tais como mudanças do comportamento da mulher durante o primeiro trimestre de gravidez que podem variar entre a rejeição voluntária de todas as formas físicas de atividade sexual até à ninfomania, por outro lado durante o segundo trimestre muitas mulheres sentem-se mais eróticas e referem pela primeira vez experiências multiorgásticas, por outro lado o desejo sexual, a disposição da grávida para a atividade sexual e a frequência do orgasmo diminuem progressivamente ao longo do terceiro trimestre de gravidez. Atualmente os investigadores que se debruçam sobre a questão da sexualidade na gravidez relatam, tal como Master e Johnson, uma diminuição ao nível do desejo sexual, bem como na frequência do coito, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre de gravidez. Também observam que as principais mudanças são ao nível do comportamento sexual, nomeadamente ao nível das posições do coito, a substituição do coito pela masturbação e a introdução de práticas sexuais gratificantes para ambos os cônjuges (Vanelli, 2011).

Mesmo os casais que nunca tiveram problemas a nível sexual, ao longo da gravidez podem vivenciar uma alteração do desejo sexual. Segundo Portelinha (2003) existem alguns fatores que podem causar a diminuição do desejo sexual do homem, tais como o medo de prejudicar a grávida e o feto, a repulsa pelo corpo grávido, medo de que o feto possa observar a relação sexual ou que o pénis possa ferir o feto.

Apesar de na atualidade a sexualidade estar muito presente, abordar a sexualidade durante a gravidez ainda é um desafio, uma vez que esta temática é envolta em mitos, crenças, valores morais e culturais, neste seguimento, segundo Meleis et al. (2000), as condições que facilitam ou dificultam as transições e que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as consequências da transição são crenças, atitudes e conhecimentos.

Habitualmente, não existem problemas em relação à prática sexual durante a gravidez, contudo se surgirem situações que aumentem o risco de aborto ou parto

pré termo a atividade sexual deve ser restringida ou suspensa (Machado 2005). Se a gravidez não tem complicações, o enfermeiro especialista deve informar o casal de que a relação sexual e orgasmo não são contraindicados durante a gravidez (Lowdermilk, 2008). É importante criar com os casais uma relação de confiança e proximidade, estabelecer uma abordagem positiva, sem juízos de valor, e esclarecida promovendo a aceitação das alterações decorrentes da gravidez e tentando conhecer o casal de forma holística, assim como as suas respostas ao meio ambiente, de forma a promover a manutenção da saúde, equilíbrio e harmonia (Meleis, 2007). Como refere Rezende (2011) as grávidas continuam ativas sexualmente apesar de estarem a cumprir a sua função reprodutiva, assim a sexualidade durante a gravidez deve ir para além do coito, deve desenvolver o erotismo na mulher, de forma a torná-la sexualmente desejada e com uma autoestima mais elevada.

No estudo desenvolvido por Saval, Mendes, Cardoso (2008) as grávidas do estudo demonstraram interesse em serem informadas sobre a atividade sexual durante este período, daí ser fundamental os profissionais de saúde abordarem com as grávidas o tema da sexualidade. Para isso estes profissionais têm de ter formação para abordar a sexualidade com as grávidas, de forma a atenuar ou extinguir as dúvidas que surjam no decorrer da gravidez (Saval et al., 2008). Através de esclarecimentos simples e directos, os profissionais de saúde que acompanham as grávidas podem contribuir para a vivência plena e saudável da sexualidade, afastando riscos, receios e temores, de modo a intervir na promoção da qualidade de vida e saúde sexual, tendo como resultados a tranquilidade e satisfação da mulher neste período (Saval et al., 2008).

O estudo de Queirós et al. (2011) a cem mulheres com gravidez de baixo risco, sem restrições médicas na sua atividade sexual, revelou que a maioria das grávidas referiu diminuição na frequência das relações sexuais durante todo o período da gravidez. O desejo, prazer e orgasmo mantiveram-se no último trimestre para a maioria das grávidas. Para as restantes a dispareunia e o cansaço físico podem justificar a diminuição da frequência e o desinteresse pela actividade sexual, assim como a dificuldade em atingir o orgasmo. Durante o terceiro trimestre, os maiores condicionantes para a diminuição da actividade sexual foram os aspectos

físicos para a grávida, sentiam-se pouco atraentes e para o homem o bem-estar fetal. Assim, é importante o esclarecimento do casal durante a gravidez e o envolvimento do parceiro para uma melhor vivência da sexualidade (Queirós et al., 2011). Neste estudo cerca de 48% das grávidas referiu que o seu médico nunca ou raramente abordou a temática da sexualidade e 30% referiu sentir dificuldade em esclarecer as suas dúvidas com os profissionais de saúde. As mulheres com melhor nível de escolaridade estavam mais esclarecidas e sentiam-se mais confortáveis para abordar as questões da sexualidade com os profissionais de saúde (Queirós et al., 2011).

Barbosa et al. (2011) realizaram um estudo a 108 grávidas, de forma a caracterizar a sua sexualidade durante a gravidez. O estudo concluiu que as mulheres não receberam orientações sobre sexualidade durante as consultas, o que pode explicar a presença de mitos e tabus, tais como medo de abortar ou de magoar o feto durante a relação sexual. As grávidas continuavam mantendo atividade sexual, contudo essa teve algumas transformações, entre as quais: diminuição da frequência, diminuição do desejo sexual e diminuição da satisfação sexual. Apesar da gravidez ser um processo fisiológico, causa repercussões que interferem de forma negativa na vivência da sexualidade em alguns casais. Para os autores as dúvidas e medos poderiam ser amenizados através de estratégias de educação para a saúde acerca da sexualidade na gravidez, o que contribuiria para dar mais confiança às grávidas, aperfeiçoar o seu autocuidado e promover uma melhor interação entre o casal. Destacaram também a importância do enfermeiro estar preparado para orientar as grávidas acerca da sexualidade realizando cuidados individualizados. Salientaram ainda a necessidade de mais estudos nesta área da sexualidade na gravidez de modo a encontrar-se estratégias que possam contribuir na promoção da saúde sexual da grávida que além de mãe, é mulher com desejos, libido, medos, anseios e que precisa ser assistida de forma integral (Barbosa et al., 2011).

Torna-se imprescindível o papel do enfermeiro no esclarecimento de dúvidas para desmistificar os mitos que influenciam negativamente a relação sexual do casal (Carvalho, 2011). A forma como o casal vivencia a sexualidade durante a gravidez assume um cariz individual, sendo influenciada por receios, dor, desconforto,

náuseas, vômitos, fadiga, edema, imagem corporal, proeminência do abdômen, percepção dos movimentos fetais, satisfação e desejo sexual. Todos estes factores podem causar um impacto negativo na vida sexual do casal (Carvalho, 2009).

No estudo de Abouzari-Gazafrودي et al. (2015) realizado a 518 grávidas através de questionário concluiu que o fato da gravidez não ser desejada pode afectar a sexualidade durante a gravidez, causando ansiedade e distúrbios emocionais. A falta de informação sobre sexualidade na gravidez causam alterações na sexualidade, por outro lado as grávidas com maior nível de escolaridade têm menos problemas sexuais durante a gravidez, uma vez que procuram ajuda em caso de disfunção sexual. O estudo também demonstrou maior frequência nas relações sexuais durante o terceiro trimestre de gravidez em relação ao primeiro, uma vez que nesta fase os casais são aconselhados a ter relações sexuais de forma a facilitar o início do trabalho de parto.

O estado da arte demonstra que a formação e sensibilização dos profissionais para informar a grávida e o companheiro relativamente à sexualidade durante a gravidez, contribuirá para promover o bem-estar conjugal, com uma vida sexual satisfatória para ambos, ausente de riscos (salvo exceções específicas) e com benefício para o desenvolvimento do bebé num ambiente de harmonia e felicidade.

1.3 Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis

Para desenvolver as competências inerentes às características do EESMO é necessário desenvolver competências através de um quadro de referência que sustente a prática de cuidados de enfermagem. Assim, escolhi como modelo teórico norteador da minha prática de cuidados, a Teoria de médio alcance das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. Meleis et al. (2000) sugere como foco central da prática os clientes e famílias que num determinado contexto sociocultural vivem um processo de transição.

As transições humanas têm assumido um papel preponderante para a Enfermagem, tendo em conta que são os enfermeiros os principais cuidadores dos clientes e famílias a passar por transições, assistindo às mudanças e exigências que

estas provocam nas suas vidas, colaborando e facilitando o processo de aprendizagem de competências (Meleis et al., 2000).

Meleis et al. (2000) define as transições quanto ao tipo, padrões e propriedades; as condições das transições facilitadoras e inibidoras do processo, pessoais (atitudes e crenças culturais, estatuto socioeconómico, a preparação e o conhecimento) ou da comunidade; e os padrões de resposta da transição (indicadores de processo e de resultado), os quais guiam os cuidados de enfermagem.

Relativamente aos tipos e padrões das transições foram identificados quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem, vividas individualmente pelos clientes e famílias: *desenvolvimental* (associadas a mudanças no ciclo vital); *saúde/doença*; *situacional* (relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis) e *organizacional*, os clientes/famílias podem ainda vivenciar mais do que uma transição simultaneamente (Meleis et al., 2000). De todas as transições que acompanham a nossa existência de adultos, uma destaca-se: a transição para a parentalidade.

A gravidez permite que a família se prepare para redefinir papéis, alterar rotinas e adquirir competências. A transição para a parentalidade segundo a teoria das transições de Meleis et al. (2000) trata-se de uma transição *desenvolvimental*, que requer uma definição ou redefinição dos papéis, sendo afectada por diversas características pessoais, como os significados dados à gravidez, paternidade, o planeamento ou não da gravidez, os conhecimentos e as competências.

A transição ocorre quando a pessoa está consciente do processo de transição pela qual está a passar, tem percepção dessa transição (Meleis et al., 2000). O nível de envolvimento no processo de transição para a parentalidade é outra propriedade importante. Pode ser avaliado pela procura de informação, pelo uso de modelos de referência, pela preparação activa e modificação das actividades da pessoa envolvida no processo (Meleis, 2005).

A duração da transição para a parentalidade vai depender da forma como cada casal vivência e se adapta a esta nova situação de vida, uma vez que nem todas as pessoas são capazes de fazer uma transição para a parentalidade saudável (Meleis, 2005). As condições que facilitam ou dificultam as transições e

que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as suas consequências são: as expectativas, o nível de conhecimento e de capacidade, o ambiente, o nível de planejamento e o bem-estar físico e psíquico (Meleis, 2005). É essencial ter em consideração as condições pessoais, compreender os significados que o casal atribui ao novo papel, as crenças culturais, o nível socioeconómico, o conhecimento e competências. Para Meleis et al. (2000) o ser humano atribui significados aos processos de vida e têm sobre eles percepções, que são influenciadas e influenciam as condições em que ocorre a transição.

A sociedade pode ser facilitadora ou inibidora das transições: analisar eventos de transição de modo preconceituoso e com significados estereotipados tem tendência a interferir com o processo de transição saudável (Meleis, 2005). Os profissionais de saúde, particularmente o EESMO assume especial importância, pelo papel fundamental que pode desempenhar como agente facilitador deste processo, inclusivamente a nível da sexualidade na gravidez, prevenindo efeitos negativos da transição para a parentalidade sobre o casal. Para Meleis et al. (2000), a transição implica que o cliente e família consigam reflectir, interagir e desenvolver uma confiança crescente para lidar com a mudança e adquirir novas capacidades e novas formas de viver. Educar e informar os casais é uma forma de ajudar os casais a desenvolverem competências e estratégias para enfrentarem a transição (Meleis, 1994). De forma a definir estratégias de cuidado a um cliente e família em transição, é necessário compreender a transição a partir da perspectiva de quem a vivência. Meleis (1994) recomenda a pesquisa sobre esta transição nomeadamente as condições que favorecem uma transição harmoniosa ou que originem uma transição difícil. Aumentar o conhecimento acerca das vivências do casal durante o processo de transição para a parentalidade através do modelo de Meleis et al. (2000) possibilita dar uma melhor resposta aos clientes e às necessidades em cuidados de saúde. Segundo Silva (2005) utilizar a teoria e a investigação centradas nas transições permitirá melhorar as respostas dos enfermeiros às necessidades da população.

Como principais cuidadores da grávida, do companheiro e família, o EESMO deve avaliar as mudanças e exigências que a transição está a provocar na vida do casal e família, facilitando o processo de aprendizagem de competências, deve

também estar atento às necessidades com a finalidade de identificar riscos que podem tornar aquela família mais vulnerável, prevenindo possíveis situações de sofrimento e de doença (Meleis et al.,2000).

A gravidez produz uma importante reordenação dos papéis básicos e das relações no seio da família, a mudança de papéis requer modificações de si próprio, alterações nas actividades diárias, a aquisição de novas competências e reordenação familiar. O culminar de uma transição saudável expressa-se na mestria e capacidade de assumir uma nova identidade (Meleis, 1994). Assim, o EESMO deve prestar cuidados individualizados e centrados no casal e deverá desenvolver estratégias junto destes, de forma a promover uma vivência saudável da transição para a parentalidade, nomeadamente a nível da sexualidade, mantendo uma sexualidade satisfatória para ambos.

2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO

Este capítulo pretende clarificar os aspectos metodológicos que guiaram este relatório. Segundo Fortin (2009, p.19) a metodologia *“pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação”*, segundo o mesmo autor a investigação *“é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se entende tomar quer seja descrever conceitos ou fenômenos”* (Fortin, 2009, p. 53).

Após reflexão pessoal e uma primeira análise ao estado da arte nasceu a minha necessidade e interesse em cimentar conhecimentos acerca da promoção da sexualidade durante a gravidez por parte do enfermeiro especialista. Desta forma, a metodologia utilizada para a realização e operacionalização deste relatório foi:

- ✓ Revisão sistemática da literatura;
- ✓ Narrativas (Apêndice I) referentes ao EC III e estágio com relatório acerca de situações vividas em:
 - Consultas de saúde materna no 1º trimestre de gravidez
 - Consultas de saúde materna no 2º trimestre de gravidez
 - Consultas de saúde materna no 3º trimestre de gravidez
 - Sessões de PPP
 - Urgência de obstetrícia
 - Internamento de grávidas

A análise das narrativas permitiu determinar as necessidades e alterações na sexualidade dos casais e as intervenções do enfermeiro especialista, respeitando a individualidade do casal e de cada situação.

2.1 Revisão da Literatura

A Enfermagem necessita de renovação constante do seu conhecimento o que apenas é garantido através da investigação. A investigação é essencial à prática clínica da Enfermagem de forma permitir uma evolução para a prática baseada na evidência. Como sublinha a OE (2010) o conhecimento adquirido pela investigação

em Enfermagem possibilita melhorar a qualidade dos cuidados e optimizar os resultados em Saúde.

A pesquisa para a realização da revisão da literatura iniciou-se com a pesquisa livre acerca da temática em estudo, seguindo-se uma pesquisa nas bases de dados de forma a encontrar a evidência científica mais fidedigna e actualizada, de modo a melhorar a prática de cuidados, resultante da aquisição de conhecimentos acerca da temática em estudo. O objectivo foi saber de que forma o enfermeiro especialista pode promover a sexualidade durante a gravidez. Neste sentido, foi definido como objectivo:

- ✓ Identificar quais as intervenções do enfermeiro especialista na promoção da sexualidade durante a gravidez.

Foi formulada a questão para a pesquisa de artigos científicos, a questão PICO *“Quais as intervenções do enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez”*. Os elementos constituintes da questão PICO:

Tabela 1. Questão PICO

P (População)	Grávida/casal
I (fenómeno de interesse)	Promoção da sexualidade
Co (contexto)	Consultas de enfermagem/ Internamento

Os elementos acima apresentados ajudaram a definir as palavras-chave para a pesquisa:

- ✓ Gravidez
- ✓ Cuidados de enfermagem
- ✓ Promoção da saúde
- ✓ Sexualidade

Para a revisão da literatura defini como factores de selecção

Tabela 2: Fatores de seleção dos artigos

Factores de Inclusão	Factores de Exclusão
Artigos em Português, Inglês e Espanhol	Outros idiomas
Estudos realizados a partir de 2007	Estudos anteriores a 2007
Estudos com mulheres grávidas sem patologia	Estudos com mulheres grávidas com patologia
Estudos de investigação qualitativos ou quantitativos	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica
Estudos cujo fenómeno de interesse seja a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez	Estudos cujo fenómeno de interesse não seja a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez

A pesquisa foi realizada a partir de Abril de 2015 até Julho de 2016, tendo sido efectuada uma revisão narrativa em livros de referência e sistemática na plataforma EBSCOhost, que inclui a base de dados MEDLINEplus e CINAHLplus.

Na plataforma EBSCOhost realizei a pesquisa dos artigos, com os descritores:

- ✓Pregnancy; pregnant
- ✓Midwifery; midwife; nursing care
- ✓Health promotion
- ✓Sexuality; sexuality in pregnancy; sexual desire

Todos os termos foram confirmados na lista de termos indexados nas respectivas bases de dados e utilizados os operadores booleanos AND e OR para conjugar os termos de pesquisa.

Foram encontrados 23 artigos potencialmente interessantes: 11 na CINAHL e 12 na MEDLINE. Foram excluídos 3 artigos por serem repetidos, ficando 20. Através da leitura dos títulos, palavras-chave e sumário dos artigos encontrados, foram excluídos 16, ficando 4. Por fim, após a leitura do texto integral dos 4 artigos e confirmação dos critérios de inclusão e exclusão, ficou 1 artigo, que é descrito na tabela que segue em apêndice (Apêndice II).

Após a obtenção dos resultados atrás mencionados, realizei mais uma pesquisa livre noutras bases de dados, tendo encontrado mais 3 artigos pertinentes para o estudo, assim foram encontrados 4 artigos no total, estando em apêndice a

grelha de análise desses seis artigos, mencionados anteriormente no capítulo 1 (Apêndice II).

2.2 Reflexão da prática clínica

Durante o EC III e o estágio com relatório realizei narrativas, estas resultaram da minha interação com as grávidas, os companheiros e as enfermeiras especialistas, relativamente à sexualidade na gravidez, durante a prestação de cuidados em contexto de consultas de saúde materna, sessões de PPP, internamento de grávidas e urgência obstétrica.

Foi realizada uma investigação qualitativa através da análise das narrativas, de acordo com Fortin (2009, p.20), a investigação qualitativa *“visa compreender o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes”*. Para o autor na investigação qualitativa *“a flexibilidade dos métodos de colheita dos dados e a análise favorece a descoberta de novos fenómenos ou o aprofundamento de fenómenos conhecidos”* (2009, p.300). Neste caso, através das narrativas realizadas ao longo do EC III e estágio com relatório, onde registava o contexto da promoção da sexualidade (consulta de saúde materna no 1º 2º e 3º trimestre; sessão de PPP; urgência obstétrica e internamento de grávidas), a presença do companheiro e a sua participação na discussão, a iniciativa do casal em falar sobre sexualidade, os problemas sexuais identificados, quais as minhas intervenções ao nível da promoção da sexualidade e a necessidade de encaminhamento para restantes elementos da equipa multidisciplinar.

A análise destas mesmas narrativas foi realizada através da utilização da técnica de análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2009, p.40) *“a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”*. De acordo com Bardin (2009) foi realizada a análise das narrativas, tendo como apoio uma grelha orientadora dos registos das narrativas, posteriormente realizou-se uma leitura flutuante que segundo o autor é a primeira abordagem aos documentos, onde se retiram as primeiras impressões e orientações. Assim, foi-se identificando categorias, características e relações entre

elas, desta forma iniciou-se a criação de grupos de dados de acordo com a sua semelhança. Através da revisão da literatura foi possível encontrar fundamentação entre os resultados e a evidência científica atual. Desta análise foi possível identificar as principais alterações da sexualidade vivenciadas pelos casais durante a gravidez, a participação do companheiro nesta temática e compreender de que forma pode o enfermeiro especialista promover a sexualidade durante esta fase do ciclo de vida, tudo isto será referido no capítulo 3.

No que diz respeito aos princípios éticos e de acordo com Fortin (2009, p.202) *“a investigação levanta sempre o problema da responsabilidade do investigador a respeito da protecção dos direitos da pessoa”*. De acordo com Fortin (2009, p.186) foram tidos em conta os princípios éticos: *“1) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes e 7) a optimização das vantagens”*. Os casais foram sempre informados da temática em estudo e da minha necessidade de recolha da informação resultante da discussão acerca da sexualidade na gravidez. Foi sempre salvaguardado o sigilo e anonimato dos casais.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO

A Enfermagem tem como centro o cliente, cabe a cada profissional desenvolver saberes e competências continuamente, que defendam e protejam os direitos do cliente e que contribuam para a evolução pessoal e da profissão de Enfermagem. Para Collière (2003, p. 290) *“o campo de competência da Enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes. A competência de Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo, o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém procurando os meios mais adaptados para o conseguir”*.

Segundo Le Boterf (2004, p.28) *“a atribuição de competências define um território de responsabilidade e portanto de poder de intervenção”*, explica também que é saber mobilizar os recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta, sem limitarmos a execução de uma tarefa única e repetitiva, de forma a evoluirmos.

Para a OE (2010) competência passa pela mobilização de recursos e integração destes com carácter adaptativo e em situação de urgência e de incerteza. Nesta linha de evolução a OE em 2011 criou o RCEEEESMOG, estando este de acordo com o reconhecimento das competências do EESMO definido pelo “Essential Competencies for Basic Midwifery Practice” (ICM, 2013). Estas linhas orientadoras têm como principal objectivo a promoção e manutenção da saúde da mulher e família inserida na comunidade, em todas as fases do seu ciclo vital, desde o início da idade fértil até ao climatério.

Foi necessário delinear um caminho de forma a desenvolver as competências comuns e específicas do EESMO com base na evidência científica mais actual, tendo em linha de conta o contexto do local estágio, assim como o modelo teórico das transições de Meleis. Determinei a minha estratégia de prestação de cuidados, tendo sempre como grande apoio a OL e fazendo questão de prestar cuidados de qualidade, ou seja, respeitando as orientações do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que tomou por

referência os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE (2001) e as competências específicas do EESMO, publicadas através do regulamento nº127/2011 (in Diário da República, 2ª série, nº35, de 18 de Fevereiro de 2011). Estes estabelecem a base padronizada da qualidade dos cuidados que todos os EESMO devem respeitar no exercício profissional de forma a se envolverem num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, conduzindo à melhoria contínua dos cuidados prestados.

Neste capítulo, através de uma narrativa reflexiva irei abordar de forma crítica algumas actividades por mim desenvolvidas nos cuidados de saúde primários e serviço de Obstetrícia de um Hospital do sul do país, sendo a sua área de influência cerca de 152.758 habitantes.

Os ensinamentos clínicos são, um momento de desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico-reflexivas (Longarito, 2002), de forma retratar e analisar o caminho percorrido ao longo destes meses, organizei este capítulo de acordo com os objectivos específicos delineados no projecto de estágio com relatório e as competências desenvolvidas durante este período.

Para assegurar a confidencialidade, ao longo deste relatório, foi utilizado o termo “grávida” ou “puérpera” e nunca o nome próprio quando relato alguma situação específica. O serviço de Obstetrícia em que realizei o estágio com relatório é constituído por sala de parto, internamento de puérperas/RN e sala de urgência obstétrica/ginecológica. Neste hospital em 2015 foram efectuados 1057 partos, sendo 601 partos eutócicos.

3.1 Objetivo nº1 – Desenvolver competências no âmbito da promoção da sexualidade durante a gravidez

Após pesquisa bibliográfica, diálogo com EESMO, vivências ao longo dos EC e perceber a pouca existência de artigos científicos acerca da promoção da sexualidade por parte do enfermeiro especialista na gravidez, delinee e apliquei com a orientadora local algumas estratégias aplicadas ao longo do EC III e estágio com

relatório, utilizando a narrativa reflexiva, bibliografia utilizada e tendo como linha norteadora do pensamento a teoria das transições de Meleis.

Aconselhar as grávidas e os companheiros inclui esclarecimento de dúvidas, informação ou desmistificar conceitos errados, explicar que as mudanças são provisórias e sugerir comportamentos alternativos, avaliando cada casal de forma holística e prestando cuidados de enfermagem adequados a cada situação específica. É primordial avaliar os habituais padrões sexuais do casal antes da gravidez, no caso do casal anteriormente à gravidez já vivenciar problemas de disfunção sexual, pode ser necessário outro tipo de acompanhamento após a gravidez, nomeadamente terapia sexual ou familiar (Lowdermilk, 2008).

Em contexto de EC III planeei e dinamizei sessões de PPP com o tema “Sexualidade na Gravidez”. Nestas sessões e tendo como fonte de informação a evidência científica mais actual e particularmente Lowdermilk (2008). Assim, durante as sessões foram abordados temas como definição de sexualidade de acordo com a OMS, a importância da sexualidade na gravidez e factores que possam interferir com a sexualidade. Informei também as grávidas sobre factores que podem influenciar a sexualidade durante a gravidez, nomeadamente no primeiro trimestre ocorre habitualmente redução do desejo sexual, visto que existe receio de abortar, as náuseas/vómitos e o aumento sensibilidade mamária podem causar desconforto e levar à diminuição do desejo sexual, por outro lado no segundo trimestre tende a haver um aumento do desejo sexual, devido ao aumento da irrigação sanguínea, pode ocorrer edema da vulva e vagina e aumento de lubrificação vaginal levando ao aumento ou não do prazer sexual. Alertei também para o fato de que no terceiro trimestre poder diminuir novamente o desejo sexual devido ao medo de magoar o bebé, o medo de parto pré-termo e pelo facto de se sentir cada vez mais os movimentos fetais. Por outro lado, alertei as grávidas para alguns fatores que influenciam a sexualidade do parceiro, sendo estes o medo de magoar a mulher e o feto, o aumento do volume abdominal, a ansiedade em relação ao parto e a secreção de colostro que podem perturbar a excitabilidade e o orgasmo masculino. No seguimento do medo que existe do homem “magoar” o feto, informei com o auxílio de imagens que durante a penetração o impulso do pénis é conduzido para longe do útero devido ao ângulo da vagina, por outro lado o feto está bem protegido

pela placenta e pelo líquido amniótico que o rodeiam, o rolhão mucoso que sela o colo do útero atua como uma barreira contra a infecção e as contracções uterinas no orgasmo desde que não sejam prolongadas ou causem dor, não produzem nenhum efeito negativo no bebé. Relativamente às situações em que existe indicação médica para não existir coito sensibilizei para a importância do diálogo entre o casal, há possibilidade de encontrar outras formas de fazer amor, sem necessidade de penetração e a gravidez poderá traduzir-se num período de imensas descobertas e partilhas afetivas, tais como jogos eróticos, massagens, carícias, masturbação, novas posições e novas fontes de prazer, tudo é possível desde que ambos estejam de acordo em procurar um maior equilíbrio emocional, diminuindo a ansiedade característica deste período. No final da sessão e através de imagens demonstrei algumas posições sexuais que possibilitam diminuir o desconforto, diminuir a pressão sobre o abdómen e as mamas e que ajudam a grávida a controlar a profundidade da penetração do pénis. Em jeito de conclusão enfatizava a importância da gravidez ser vivida pelo casal intensamente, sem exclusão da sexualidade, com amor, afeto, compreensão e cumplicidade, terminado com a chegada de uma criança num ambiente de amor, união e harmonia. Nestas sessões nunca estiveram presentes os companheiros das grávidas, mas acredito que estes momentos de educação para a saúde, tenham contribuído para aumentar os conhecimentos da grávida acerca do tema, ajudando a desmistificar crenças e medos e contribuindo para a promoção da sexualidade do casal. Após estas sessões notava que as grávidas se sentiam mais à vontade para colocar dúvidas e receios. Estes momentos de partilha permitiam aumentar a confiança entre a grávida e a profissional de saúde. Como relembra Meleis et al. (2000), o enfermeiro enquanto principal cuidador dos clientes e família deve facilitar processo de aprendizagem de competências, de forma a ajudar na transição para a parentalidade.

As consultas de enfermagem de vigilância pré-natal (EC III) também eram importantes para minimizar o constrangimento da grávida e do companheiro em abordar o tema sexualidade, assim como ao promover momentos de privacidade durante o internamento de grávidas e as situações de urgência obstétrica, em contexto de estágio com relatório. É importante estabelecer um ambiente de abertura no qual o casal se sinta à vontade para falar acerca das suas

preocupações, adaptações sexuais e pedir apoio e orientação (Lowdermilk, 2008). É de igual modo importante conhecermos e respeitarmos questões culturais, religiosas e valores destes (Katz, 2005). O sentir-se ligado aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas ajuda a vivenciar uma transição positiva (Meleis, 2000).

Durante a minha intervenção de enfermagem com vista à promoção da sexualidade junto da grávida e/ou casal identificava problemas relacionados com a sexualidade, posteriormente facultava a informação necessária relativa às atuais e futuras alterações nos padrões sexuais durante a gravidez, nomeadamente, efeito das alterações hormonais e físicas, náuseas e vômitos, maior sensibilidade aos odores, aumento da sensibilidade mamária, sonolência, fadiga, aumento do tamanho do abdómen, aumento de peso, saída de colostro, contracções de Braxton Hicks (Lowdermilk, 2008). Estas alterações podem causar dor, desconforto, diminuição da auto-estima ou perda do interesse sexual, contudo é necessário elucidar os casais que cada casal vivência a sexualidade de forma diferente e também se adapta a todas estas alterações de forma distinta. Assim, enquanto futura EESMO tentei sempre avaliar o casal de forma individualizada, tendo em conta as componentes biológicas, psicológicas e sociais. Através de uma visão mais completa é possível o enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000).

A promoção da sexualidade consistia em informar os casais acerca das mudanças psicológicas frequentes durante a gravidez que alteram a actividade sexual, por exemplo, ambivalência relacionada com a gravidez, labilidade emocional, sentimento de vulnerabilidade, preocupações quanto às responsabilidades parentais, carreira profissional; alterações da imagem do corpo, auto-estima (Lowdermilk, 2008). Neste sentido é relevante percebermos as nossas limitações e incluirmos outros elementos da equipa multidisciplinar nos cuidados à grávida/casal, como refere Meleis (2007) o cliente deve ser perspectivado como um ser humano com necessidades específicas que está em constante interacção com o meio envolvente e devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, pode passar por um desequilíbrio e necessitar de outros elementos da equipa multidisciplinar. Em contexto de consulta de saúde materna foi necessário encaminhar uma grávida para

a consulta de psicologia, uma vez que percebemos as nossas limitações enquanto enfermeiras, uma vez que a grávida estava a passar por momentos de muita labilidade emocional relacionada com o sentimento de baixa auto estima e alterações na atividade sexual desde o início da gravidez, sendo necessário uma intervenção da equipa multidisciplinar.

Durante as intervenções junto das grávidas e companheiros dei sempre especial enfoque à partilha e à comunicação entre o casal, de forma a serem honestos e em caso de desconfortos ou medos, dialogarem abertamente, de forma a preservar a harmonia e a saúde sexual. Actualmente vive-se um momento de maior liberdade sexual, o que estimula cada vez mais a participação da mulher no prazer sexual, mesmo durante a gravidez. Nesta fase a sexualidade vai muito além da relação genital, e traz consigo, uma maior ligação entre o casal, que deve desenvolver o erotismo da mulher, para que esta se sinta desejada mesmo com todas as alterações corporais. É importante valorizarmos o corpo da grávida e incentivarmos o companheiro a elogiar, dar valor a cada mudança que o seu corpo vai sofrendo, vendo-as como mudanças normais desse período. Existindo liberdade de expressão da sexualidade entre o casal, a sexualidade na gravidez tende a melhorar (Camacho et al., 2010).

o contexto em que promovi a sexualidade durante o EC III e o estágio com relatório, a presença dos companheiros das grávidas, e qual a sua participação na discussão acerca da sexualidade na gravidez, podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 3. Promoção da sexualidade pelo EESMO e participação do casal

Contexto	Promoção da sexualidade	Presença companheiro	Participação companheiro na discussão	Iniciativa do casal em abordar a sexualidade
Sessões de PPP	3	0	0	0
Consulta Saúde Materna (1º Trimestre)	10	0	0	1 (grávida)
Consulta Saúde Materna (2º Trimestre)	9	1	1	2 (grávidas)
Consulta Saúde Materna (3º Trimestre)	10	0	0	1 (grávida)
Internamento Grávidas	15	8	5	2 (grávidas)
Urgência Obstétrica	9	2	2	0

A principal barreira com que me deparei para promover a sexualidade junto dos casais, enquanto futura EESMO foi a ausência de companheiros nas consultas de enfermagem de saúde materna, em contexto de EC III. Das 29 consultas de saúde materna que realizei, apenas esteve presente um companheiro. As grávidas justificavam esta ausência com situações de contrato de trabalho precário e necessidades económicas, impossibilitando o companheiro de se ausentar do trabalho. Por outro lado segundo as grávidas a “*consulta com a enfermeira*” (N2, N5, N6), assim denominada por alguns companheiros, era uma consulta com interesse apenas para a grávida. Relativamente à consulta em que o casal esteve presente, estes vivenciavam a sexualidade de forma satisfatória para ambos, era uma terceira gravidez e quando abordei o tema sexualidade, o companheiro referiu de imediato “*não existem problemas, está tudo bem nesse aspeto*” (N4), quando insisti repetiu “*está tudo bem, está tudo bem*” (N4). Aparentemente o casal não demonstrava nenhum desconforto, contudo a grávida comentou “*depois volta ao normal*” (N4), ou seja, através deste desabafo é possível perceber que a sexualidade não está a ser vivenciada da mesma forma desde a gravidez, no entanto o casal não interveio mais sobre o assunto e eu limitei-me a relembrar algumas alterações físicas e psicológicas que poderiam surgir ao longo da gravidez e sugeri a ambos que assistissem à próxima sessão de PPP acerca do tema da “sexualidade na gravidez”. Contudo, nenhum dos progenitores participou.

Nas sessões de PPP e consultas de saúde materna consegui estabelecer com as grávidas uma relação de maior proximidade e promovi mais facilmente a sexualidade. O ambiente da consulta de saúde materna é íntimo, a relação enfermeiro-cliente é mais próxima, facilitando em muito a promoção da sexualidade. No entanto esta promoção é feita somente à grávida, daí ser importante encontrar estratégias que visem incentivar e informar os companheiros da importância da sua presença também nestas consultas e sessões de PPP.

Por outro lado, nas urgências e internamento de grávidas ou puérperas, houve maior facilidade em abordar o tema com os companheiros, uma vez que neste contexto estes estão mais presentes e aceitam a intervenção do EESMO. Ao longo do estágio, tendo em conta a realidade social e cultural, foi possível perceber que os companheiros mais jovens mantinham relações sexuais com a grávida

praticamente até ao fim da gravidez, e mesmo não existindo coito, existia a masturbação, carícias e maior contacto físico. Relativamente à receptividade em abordar o assunto, também era com maior naturalidade que o faziam, era um assunto na maioria das vezes conversado entre mim e o casal, havia maior partilha de informações e uma maior interacção. Os homens com idade igual ou superior a 40 anos tinham mais receio em manter relações sexuais durante a gravidez, alguns diziam *“faz-me impressão”* (N7), *“parece que ele está a ver”* (N5), *“ainda lhe toco”* (N10) e também não se sentiam à vontade em discutir o assunto, referiam não ter dúvidas, apenas ouviam atentamente as informações por mim facultadas. Como refere Allen (2007) as grávidas e os companheiros mesmo não tendo a iniciativa de questionar acerca da sexualidade junto da enfermeira especialista, querem e precisam de informações sobre o tema, estudos demonstram que a maioria dos casais quer abordar o tema, mas sentem-se mais confortáveis se for o profissional a iniciar a discussão.

É essencial termos em consideração os factores sociais, o EC III e o estágio com relatório, foram realizados no interior do país e através da análise das narrativas foi possível perceber que os homens são pouco receptivos a abordar o tema da sexualidade com os profissionais de saúde. Ainda existe constrangimento e vergonha embora existam dúvidas, receios e muita necessidade de informação. Quando se fala de sexualidade é importante ter em conta factores psicossociais, familiares, formação, idade e experiências anteriores. Tendo como linha orientadora a teoria das transições de Meleis, tentei sempre ter uma intervenção centrada no casal a quem promovia a transição para a parentalidade, particularmente no que diz respeito à sexualidade, respeitando a individualidade de cada um e da própria relação conjugal. Tentava perceber qual era o padrão anterior à gravidez, qual o actual e de que forma, em caso de modificações, estas causavam desconforto no casal.

Em traços gerais as grávidas foram mais abertas aos meus ensinamentos e à partilha de dificuldades e problemas, foi mais fácil estabelecer uma relação próxima das grávidas, notei que quando o companheiro demonstrava desconforto com o assunto as grávidas também ficavam mais inibidas. Contudo, poucas foram as grávidas que iniciaram o tema ou manifestaram problemas, era necessário ser eu a

iniciar a discussão e os ensinamentos. Neste sentido a pouca abertura relativa à temática também torna difícil ao enfermeiro especialista promover a sexualidade durante a gravidez. Julgo que o ambiente excessivamente medicalizado e o excesso de trabalho torna difícil a abertura dos casais e a iniciativa dos profissionais em promover a sexualidade durante a gravidez.

Ao longo da gravidez, são vivenciadas diferentes alterações na sexualidade. Durante o primeiro trimestre, o sono, o cansaço, as náuseas e os vômitos maternos provocam alguma alteração na sexualidade do casal, o medo de abortar também é uma realidade nos progenitores. A tabela seguinte contempla as principais alterações da sexualidade que foi possível detetar através da análise das narrativas

Tabela 4. Principais alterações na sexualidade resultantes da análise das narrativas

Tempo de Gestação	Alterações sexualidade
1º Trimestre Gravidez	Medo de aborto (N1, N5, N15, N19) Sono e cansaço materno (N3, N5, N20) Náuseas e vômitos maternos (N7, N10, N18)
2º Trimestre Gravidez	Indicação médica para não realizar coito (N2)
3º Trimestre Gravidez	Pai tem medo de “magoar” o feto (N13, N14) Mãe medo de parto pré-termo (N2, N4, N6) Desconforto materno relacionado com proeminência abdominal (N8, N9, N11) Desconforto materno e paterno por percepção dos movimentos fetais (N12, N16, N17)

Os resultados da análise das narrativas vão de encontro ao estado da arte. Como defende Magalhães (2007) no primeiro trimestre da gravidez é frequente ocorrer labilidade emocional, náuseas, vômitos, sonolência, cansaço e aumento da tensão mamária, que levam a que grávida a estar menos disponível para a atividade sexual. Durante o segundo trimestre as alterações prendem-se com indicações médicas, visto que o casal nesta fase geralmente não refere medos, nem desconfortos, de acordo com Master e Johnson (1966) existe “um aumento do erotismo e desempenho sexual” no segundo trimestre de gravidez. No terceiro trimestre voltam a existir mais alterações na sexualidade, por um lado, o pai tem medo de magoar o bebé, por outro a mãe tem medo de um parto pré-termo e a

proeminência abdominal também incomoda a grávida nesta fase. A percepção dos movimentos fetais incomoda ambos os progenitores.

Em contexto hospitalar a promoção da sexualidade por parte das enfermeiras especialistas não é muito frequente. Através de conversas informais percebi que ainda existe algum constrangimento em abordar a sexualidade junto dos casais e por outro lado, algumas enfermeiras consideram essa área da educação para a saúde uma responsabilidade dos cuidados comunitários. Desejo sexual, masturbação, sexo oral, posições sexuais, a importância das carícias, raramente são abordados pela enfermeira especialista, mas é incentivado o coito no final da gravidez de forma a acelerar o TP. Julgo ser importante realizar uma sessão de formação em serviço com as enfermeiras especialistas do serviço para debater a temática **“O enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez”**, por motivos de organização do próprio serviço essa sessão ainda não está agendada.

Através da análise das narrativas e a revisão sistemática da literatura, sugiro na tabela seguinte, algumas formas de abordar a sexualidade ao longo da gravidez e de acordo com o contexto e idade gestacional, tendo sempre o cuidado de prestar cuidados individualizados e identificar previamente a necessidade ou não de promoção da sexualidade.

Tabela 5. Sugestões de promoção da sexualidade pelo EESMO durante a gravidez

Contexto	Atividades de Promoção da Sexualidade
Sessões de PPP	- Realizar uma sessão sobre o tema sexualidade durante a gravidez
Consulta Saúde Materna (1º Trimestre)	- Diagnosticar o padrão sexual normal do casal antes da gravidez - Diagnosticar alterações do padrão sexual normal do casal - Definir sexualidade - Esclarecer medos e dúvidas do casal - Mencionar quais as habituais alterações do desejo sexual durante a gravidez e os motivos dessas alterações (náuseas, vômitos, movimentos fetais, aumento abdominal)
Consulta Saúde Materna (2º Trimestre)	- Diagnosticar alterações do padrão sexual normal do casal - Retirar dúvidas - Desmistificar crenças, medos e tabus - Sugerir posições sexuais satisfatórias para o casal durante a gravidez - Alternativas ao coito - Incentivar o diálogo entre o casal acerca do tema - Incentivar as carícias, a intimidade e o carinho entre o casal
Consulta Saúde Materna (3º Trimestre)	- Diagnosticar alterações do padrão sexual normal do casal - Retirar dúvidas - Desmistificar crenças, medos e tabus - Referir posições sexuais satisfatórias para o casal durante a gravidez - Alternativas ao coito - Incentivar o diálogo entre o casal acerca do tema - Incentivar as carícias, a intimidade e o carinho entre o casal
Internamento Grávidas	- Diagnosticar o padrão sexual antes da gravidez - Perceber se existem alterações na actividade sexual do casal - Retirar dúvidas - Desmistificar crenças, medos e tabus - Referir posições sexuais satisfatórias para o casal durante a gravidez - Alternativas ao coito - Incentivar o diálogo entre o casal acerca do tema - Incentivar as carícias, a intimidade e o carinho entre o casal
Urgência Obstétrica	- Diagnosticar o padrão sexual antes da gravidez - Perceber se existem alterações na actividade sexual do casal - Retirar dúvidas - Desmistificar crenças, medos e tabus - Alternativas ao coito - Incentivar o diálogo entre o casal acerca do tema - Incentivar as carícias, a intimidade e o carinho entre o casal

Educar e informar os casais acerca de alterações normais na gravidez, desejo sexual, posições sexuais, alternativas à penetração, assim como desmistificar mitos e medos pode ajudá-los a aumentar a confiança no enfermeiro especialista, aumentar a auto-estima da grávida, contribuir para uma sexualidade

saudável e para o bem-estar conjugal. Segundo Figueiredo (2004) os problemas conjugais podem reflectir-se a nível da saúde física e do bem-estar psicológico da mulher e do homem.

A análise das narrativas permitiu-me perceber a enorme importância do enfermeiro especialista discutir a sexualidade com os casais, durante a gravidez. Foi possível através desta análise identificar e analisar as necessidades dos casais, a presença do companheiro nas consultas, a iniciativa dos casais em abordar a sexualidade, assim como algumas das minhas intervenções enquanto futura EESMO, de acordo com cada necessidade. Foi também possível concluir que as situações vivenciadas vão de encontro à evidência científica mais actual, apesar das diferenças culturais e sociais entre os locais dos estudos e a realidade do EC III e do estágio com relatório. A existência de poucos artigos de investigação relativos ao papel do enfermeiro especialista na promoção da sexualidade durante a gravidez é uma grande limitação. É fundamental uma maior investigação na área da promoção da sexualidade durante a gravidez relativa ao enfermeiro especialista, tendo em conta que existe uma grande carência de orientações para que o enfermeiro especialista possa intervir de forma mais eficaz junto dos casais.

3.2 Objetivo nº 2 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que ocorrem ao serviço de urgência obstétrica

Como refere Lowdermilk (2008) a gravidez é um período de mudança física e psicológica, é um tempo de crescimento e aprendizagem intenso, é uma etapa de preparação física e psicológica e uma fase de preparação para a parentalidade. Sendo a transição tudo o que envolve mudança, a gravidez é uma das fases do ciclo de vida em que ocorre transição no cliente e família. As transições são despoletadas por mudanças na saúde, no papel nas relações e/ou nas capacidades, desta forma é necessário o EESMO prestar cuidados individualizados à grávida e família e ter o máximo de informação acerca destes de forma a ajudar a ultrapassar as transições vivenciadas durante a gravidez (Meleis, 2010).

De acordo com o RCEEESMOG da OE (2011) *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde,*

a detectar e a tratar precocemente complicações promovendo o bem-estar materno-fetal". Neste sentido ao longo deste estágio adquiri e desenvolvi as seguintes unidades de competências: "H2.1 - *promove a saúde da mulher durante o período pré-natal ou em situação de abortamento*"; "H2.2- *diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal ou em situação de abortamento*"; "H2.3 - *providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal ou em situação de abortamento*" (OE, 2011).

Através da Teoria das Transições de Meleis adquiri e desenvolvi as competências relacionadas com a vigilância pré-natal, procurei enquanto futura EESMO melhor compreender o processo de transição vivenciado pelas grávidas e companheiros, assim como restante família. É importante a visão holística e aprofundada do enfermeiro especialista, através da qual é possível estabelecer orientações para pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que o casal e família vivenciam durante a gravidez (Meleis et al., 2000).

Atingi o objectivo pretendido, uma vez que prestei cuidados especializados a 90 grávidas e famílias em contexto de urgência obstétrica ou no internamento de grávidas com patologia associada, tendo como objectivo a promoção da saúde e bem-estar da grávida/feto/família, a detecção de complicações na saúde da grávida/feto de forma a diminuir a morbilidade e a mortalidade materna e perinatal, a aquisição de conhecimentos teóricos relacionados com as patologias das grávidas às quais prestava cuidados e a promoção da transição para a parentalidade, nomeadamente ao nível da sexualidade.

No que diz respeito às grávidas, as patologias e complicações mais frequentes na urgência obstétrica foram:

- ✓1º trimestre: perda hemática vaginal ou queixas álgicas na região pélvica;
- ✓2º trimestre: patologia do trato urinário e ansiedade
- ✓3º trimestre: contracções uterinas dolorosas; suspeita ou ruptura prematura das membranas; por indicação obstétrica (risco gravídico ou 41 semanas).

Os cuidados prestados às grávidas internadas dependiam das complicações e/ou patologia associada e da idade gestacional. Em caso de necessidade de internamento as grávidas com idade gestacional inferior a 20 semanas eram

internadas no Serviço de Ginecologia. É importante salientar a necessidade de transferir grávidas com APPT antes das 34 semanas para um centro de referência, dada a inexistência de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, habitualmente para o Hospital São João de Deus, Évora.

Foi possível ao longo do presente estágio prestar cuidados especializados à grávida e família em contexto de internamento com diferentes patologias obstétricas e ou associadas à gravidez, sendo as mais frequentes: a patologia hipertensiva (hipertensão gestacional ou crónica e pré-eclâmpsia), a patologia do tracto urinário, as hemorragias do segundo e terceiro trimestre e APPT.

Em função da idade gestacional procedia à avaliação do bem-estar materno-fetal com avaliação dos sinais vitais, avaliação da estática fetal, avaliação da cervicometria e colocação e análise do CTG. Ao longo destas intervenções aproveitava para identificar necessidades da grávida e família, sendo os cuidados prestados individualizados e de acordo com a situação específica da grávida e família. Segundo Branden (2000), ao monitorizar-se as funções fetal e uterina permite-se actuar quando são detectados problemas, podendo evitar-se complicações graves. Administrava medicação quando prescrita e prestava apoio emocional, assim como, promovia a higiene e conforto da grávida. Durante o internamento identifiquei necessidades físicas, psíquicas ou sociais da grávida/companheiro/família, de forma a promover a saúde. A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a grávida torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina, mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados (Coutinho, 2014).

Reconhecia necessidades de educação para a saúde ou de encaminhamento para outros profissionais da equipa multidisciplinar. A educação para a saúde também foi uma constante em contexto de episódio de urgência e/ou internamento de grávidas, de acordo com a necessidade diagnosticada ou de acordo com a situação específica, conforme preconizado pelo RCEEESMOG e referido anteriormente (OE, 2011). De acordo com Bomar (2009) fiz uso de estratégias para incentivar adopção de estilos de vida saudáveis, antecipando e corrigindo necessidades da grávida/família.

Estabeleci na maioria das vezes um ambiente de confiança, empatia e segurança de forma a ajudar a grávida e família a expressar medos, dúvidas e sentimentos. Durante o internamento tentei sempre elucidar a grávida/família acerca da situação clínica e do tratamento a ser realizado, dar a conhecer e utilizar o apoio disponível e utilizar uma relação de respeito e cumplicidade, de forma a minimizar os aspectos emocionais adversos ao internamento, uma vez que a grávida e família estão preocupadas com o bem-estar materno e do feto, todos os procedimentos devem ser explicados. Como defende a OE (2010) de forma a prestar cuidados de enfermagem de qualidade e transversais a todas as competências preconizadas é fundamental conhecer a mulher enquanto ser único, sociável com dignidade própria e direito a auto determinar-se.

Neste sentido houve uma situação que me sensibilizou para a necessidade de informarmos e educarmos a cliente e família acerca da sua situação de saúde/doença. Neste caso concreto a grávida de 30 anos, índice obstétrico 0000, saudável, com 24 semanas de idade gestacional recorreu à urgência por hemorragia vaginal escassa, sendo diagnosticada placenta prévia total, ficou assim internada para vigilância. A escolha deste caso surgiu pela necessidade de enfatizar a importância de educar e explicar as situações clínicas às grávidas e companheiros, a ausência ou défice de informação relacionada com determinado tema pode originar desinteresse ou informação errada, daí ser importante o EESMO e o médico estarem sensibilizados para a necessidade de prestar cuidados individualizados a cada grávida e família, como defende Meleis (2005) o enfermeiro relaciona-se com o cliente numa situação de saúde ou doença de acordo com o contexto socio cultural deste. As grávidas e família para além do apoio emocional necessitam obter informação sobre as alterações fisiológicas resultantes da gravidez, assim é fundamental informar e educar, sendo isso parte integrante das competências do EESMO na prestação de cuidados. a grávida confidenciou não ter cumprido as indicações médicas por não compreender o diagnóstico. Uma vez que houve necessidade de internamento, identifiquei as dúvidas do casal, através de questões e realizei educação para a saúde, para que ambos compreendessem a situação clínica, o tratamento a ser realizado e demonstrassem o cumprimento das limitações das actividades prescritas no sentido de promover o decorrer da gravidez sem

complicações acrescidas. É fundamental o EESMO estabelecer uma relação de confiança e empatia com o casal para que estes expressem as suas angústias e dúvidas e assim promover uma gravidez sem complicações (Lowdermilk, 2008).

3.3 Objetivo nº 3 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que acorrem ao serviço de urgência ginecológica

Uma vez que este estágio foi realizado no serviço de obstetrícia e este é constituído por urgência de obstetrícia/ginecologia foi possível prestar cuidados de enfermagem globais a mulheres com patologia ginecológica, puérperas e famílias, neste sentido também atingi o presente objectivo. Desenvolvi de acordo com o RCEEESMOG da OE (2011) “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”, promovendo a saúde ginecológica da mulher, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações.

Através da colaboração da OL e dos médicos de serviço procurei prestar cuidados em todas as situações de urgência de ginecologia, mostrando-se a equipa multidisciplinar sempre disponível para me ajudar a desenvolver competências. Tive a oportunidade de realizar o acolhimento a cerca de 40 mulheres que recorreram à urgência ginecológica. Assim, identificava as suas necessidades, colaborava com o médico especialista na realização de histórias clínicas adaptadas ao contexto de urgência, exame objectivo e encaminhamento para o internamento, domicílio, consulta de especialidade ou outras especialidades. Realizei também educação para a saúde em consonância com as necessidades identificadas, de modo a prevenir complicações, dotando as clientes de competências para cuidados de higiene e conforto, terapêutica e detecção precoce de sinais/sintomas de alerta para recorrer à urgência. As situações mais comuns foram metrorragias, infecções vaginais ou urinárias, rotura de quistos, restos ovulares ou utentes internadas no serviço de ginecologia, para reavaliação médica.

Tentei sempre ter uma postura segura e empática para com as utentes, criando um ambiente tranquilo e de confiança. À luz de Meleis et al. (2000) os cuidados eram individualizados, tendo em conta a idade, cultura e situação clínica. As situações de urgência ginecológica ajudaram-me no meu processo individual de

aprendizagem e de crescimento profissional, perspectivando a minha actuação enquanto futura EESMO, desenvolvi de acordo com o RCEEESMOG (OE, 2011) os seguintes critérios de avaliação de competências H6.1. H6.2 e H6.3.

Apesar da prestação de cuidados ser de curta duração numa situação de urgência ginecológica, consegui demonstrar confiança e empatia para com as mulheres/famílias de modo a promover a sua saúde ginecológica.

3.4 Objetivo nº 4 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do trabalho de parto, assim como na adaptação do RN à vida extra uterina.

O trabalho de parto e o nascimento representam o final da gravidez e o início de uma nova fase da vida familiar (Lowdermilk, 2008). Neste sentido e de acordo com o preconizado pela OE (2010) o EESMO assume no decurso do seu exercício profissional no âmbito da sala de parto o cuidado à mulher inserida na sua família e comunidade durante o TP, efectuando o mesmo num ambiente seguro com vista a otimizar a saúde quer da parturiente quer do próprio RN na sua adaptação à vida extra uterina.

Enquanto futura EESMO e de acordo com o RCEEESMOG da OE (2011) adquiri e desenvolvi as seguintes unidades de competências durante a minha formação: *“H3.1 promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto, optimizando a saúde do recém-nascido à vida extra-uterina”; “H3.2 diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido”; “H3.3 providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto”.*

De forma a dar resposta às competências exigidas pela profissão e aos meus objectivos iniciais, prestei cuidados especializados na sala de parto à parturiente/casal mantendo como linha norteadora dos cuidados a Teoria das Transições de Meleis, prestando cuidados holísticos ao casal, transmitindo conhecimentos e competências e promovendo a transição para a parentalidade.

Durante este estágio prestei cuidados a 92 mulheres em TP, e realizei 42 partos, com idades compreendidas entre os 17 e os 44 anos, com diferentes

nacionalidades, níveis de escolaridade, cultura, nível social ou religião. Os cuidados prestados eram de qualidade, respeitando a individualidade de cada parturiente e família. Com base na teoria das transições de Meleis, neste contexto o enfermeiro deve interagir com a mulher e família, tendo em conta o seu contexto sociocultural, adaptando e planeando as intervenções de acordo com a realidade destes e de acordo com a transição, de forma a promover e/ou restaurar a saúde destes (Meleis, 2007).

Muitas grávidas ao entrarem no hospital são envolvidas por alguns receios, o ambiente físico em que a mulher se encontra durante o TP influencia a sua evolução (FAME, 2009). Actualmente, o processo de humanizar o parto tem vindo a ser alvo de atenção por parte das organizações de referência a nível mundial na área da saúde, como também a nível governamental, para a OMS (1996) humanizar o parto é respeitar o processo natural e evitar procedimentos desnecessários ou de risco para mulher/feto, é respeitar e criar condições para que as dimensões espirituais, psicológicas, biológicas e sociais sejam respeitadas.

O parto ainda é em alguns hospitais muito centrado no profissional de saúde e nas normas institucionalizadas (Rocha, 2010), ainda se realizam procedimentos rotineiros e dispensáveis que aumentam a intervenção clínica.

No serviço de obstetrícia onde realizei o estágio com relatório ainda existem alguns procedimentos rotineiros. A avaliação de factores de risco e sinais vitais instruída na admissão é benéfica, uma vez que estes podem comprometer o nascimento e influenciar a gestão do TP.

Relativamente à restrição de ingestão de alimentos e líquidos, de forma ténue já existem mudanças neste serviço. A maioria das EESMO já permitem a ingestão de chás açucarados, de água e de gelatinas. Para o normal nascimento de baixo risco em qualquer contexto se recomenda a não restrição de alimentos (FAME, 2009). As práticas baseadas na evidência científica sugerem a ingestão de alimentos e líquidos às parturientes de baixo risco e sem complicações.

No serviço a evolução do TP é registada no partograma, este permite melhorar a assistência e reduzir a morbilidade e mortalidade fetal. O partograma consiste na representação gráfica do TP e permite analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação em relação ao tempo (Rocha, 2009). A sua correta

utilização possibilita a tomada de decisões apropriadas e evita intervenções desnecessárias (Vasconcelos, 2013).

O apoio emocional, antes e durante o TP foi bastante implementado na minha prestação de cuidados. O suporte empático por parte dos profissionais e acompanhante é essencial e segundo a evidência científica pode reduzir a necessidade de fármacos para o alívio da dor e melhorar a experiência do nascimento (WHO, 1998). À luz de Meleis, o EESMO são os profissionais que passam mais tempo junto da grávida durante o TP, logo são fundamentais para tornar o momento do TP e parto numa experiência de alegria e crescimento. Os estudos demonstram que as grávidas com suporte emocional dos profissionais e do acompanhante, não necessitam tanto de medicação para o alívio da dor, demonstram maior satisfação e beneficiando de TP mais curtos (Hodnett, 2013).

Dei também especial importância ao alívio da dor durante o TP, incentivada também pela forma como a minha OL presta cuidados. O alívio da dor deverá ser um cuidado prioritário das parteiras (FAME, 2009). A maioria das grávidas pretende a analgesia epidural. Segundo Graça (2010) as principais vantagens desta são a diminuição da dor associada às contracções do TP, promover uma colaboração mais efectiva da parturiente, evitar a aplicação de anestesia local a nível do períneo se necessário e ajudar a manipulação em partos distócicos. No serviço é realizada entre os 3 e os 5/6 cm de dilatação, quando se inicia a fase activa do 1º estágio do TP e, como requisitos obrigatórios, a parturiente deve ter estudos de coagulação dos últimos três meses (com contagem de plaquetas) devido ao risco hemorrágico.

Algumas grávidas solicitam formas de alívio da dor não farmacológicas, sendo estas inofensivas, de baixo custo, eficientes e benéficas para a mulher e feto (Hodnett, 2013). Os principais métodos não farmacológico que eu e a OL utilizámos na nossa prestação de cuidados à grávida foram: o *apoio contínuo à grávida* (parteira/acompanhante) originando menor necessidade de analgésicos, melhor progressão no TP e maior satisfação com a experiência no parto; a *liberdade de movimentos* (caminhar, posições alternativas, exercícios na bola de pilates), diminuindo a dor e o desconforto, reduzindo a duração do TP, diminuindo o trauma perineal/vaginal e as infecções da ferida, assim como aumentando o espaço do canal pélvico e a descida da apresentação fetal; a *hidroterapia*, no serviço com

duches de água quente, permitindo o relaxamento da grávida, reduzindo a ansiedade (estimula a produção de endorfinas) melhorando a perfusão uterina, aumentando a sensação de controlo da dor e satisfação. A *massagem* (parteira/acompanhante), reduz os estímulos dolorosos, melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos. As massagens podem ter um desempenho na redução da dor, e aumentar na mulher a experiência emocional durante o TP (Smith, 2012).

Relativamente às episiotomias esta é utilizada para prevenir severas lacerações perineais, mas o seu uso rotineiro tem sido questionado (Carroli, 2013). As evidências disponíveis indicam que a episiotomia não reduz as taxas de incontinência fecal e urinária nem o relaxamento do assoalho pélvico ou disfunção sexual, nos meses e anos após o parto (Viswanathan, 2005). Relativamente à presença de laceração e/ou episiotomia dos 43 partos que realizei os dados foram os seguintes:

Tabela 6. Procedimentos efectuados na Sala de Partos

Procedimentos	Primípara	Múltipara
Parto Eutócico	12	31
Períneo intacto	-	9
Episiotomia com Episiorrafia	12	15(médio-lateral)
Laceração de 1º grau	-	4 (suturada)
Laceração de 2º grau	-	3 (suturada)
Laceração de 3º ou 4º grau	-	-

Ao longo da minha caminhada enquanto EESMO, já com mais segurança e experiência espero diminuir o número de episiotomias. A episiotomia deve ser efectuada nas seguintes situações: sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto, ameaça de laceração de 3.º grau (Rocha, 2010). Nas múltiparas, uma das técnicas por mim utilizadas para reduzir o trauma perineal consistia no retardamento da expulsão da cabeça a fim de permitir um estiramento lento do períneo (Aasheim, 2012).

Prestei cuidados a 20 RN após nascer, em caso do RN não necessitar de reanimação, o RN era colocado imediatamente em contacto pele a pele por cima do tórax ou abdómen da mãe, secava-o e cobria-o com uma manta (FAME, 2009). Não realizei aspiração de secreções da oro/nasofaríngea a RN com bons IA, uma vez que esta prática pode causar lesões nas mucosas e interferir com o estabelecimento

de um padrão adequado da sucção. Cumpri as recomendações da OMS relativa a iniciar a amamentação na primeira hora de vida, a evidência concluiu que este procedimento parece ter benefícios nos resultados da amamentação, estabiliza a respiração e os batimentos cardio-respiratórios e diminui o choro do RN (Moore, 2012). Nesta fase o RN está alerta e pronto a mamar, por outro lado ajuda na involução uterina e evita a hemorragia uterina (Lowdermilk, 2008). Os benefícios da amamentação são inúmeros, contudo é necessário respeitar os desejos das mães caso estas não desejam ou não possam amamentar. Durante o estágio, amamentar sempre foi um desejo das puérperas a quem prestei cuidados e a maioria tinha conhecimentos acerca de grande parte dos benefícios da amamentação, tais como: diminuição da hemorragia pós-parto e involução uterina mais rápida, recuperação mais rápida do peso pré-gestacional, diminuição do risco de cancro da mama, útero e ovário, diminuição do risco de osteoporose após a menopausa, maior vinculação mãe-bebé (Lowdermilk, 2008).

Com a colaboração da OL e seguindo sempre a o quadro de referência de Meleis, desenvolvi competências no sentido de ajudar a parturiente a vivenciar uma experiência positiva, consciencializada e com controlo durante o seu TP e parto, dando sempre a conhecer a esta todos os procedimentos, qual a sua finalidade e respeitando a sua decisão. O meu acompanhamento do TP foi sempre dirigido à parturiente/família em questão, tendo sempre uma visão holística destes, e considerando os factores que pudessem influenciar a sua colaboração ou não, tais como: ansiedade, conforto, disponibilidade, informação sobre o processo, experiências anteriores, aulas de PPP, informação sobre os procedimentos, a presença de um acompanhante na sala de parto e a vigilância do bem-estar materno-fetal, para intervir sempre que surgissem situações de alarme. Uma vez que, compete ao EESMO que o TP ocorra num ambiente seguro o que implica uma monitorização do mesmo para que possam ser identificadas precocemente anomalias e/ou complicações (OE, 2010).

O serviço onde realizei o estágio com relatório apresenta o internamento de puerpério próximo das salas de parto. É possível seguir o TP e parto da mulher, e depois acompanhar a puérpera e RN de forma mais próxima e dar continuidade aos cuidados prestados e à relação estabelecida com a mulher, o RN e a família. O 4º

estádio do TP constitui um tempo essencial para a mãe e para o RN, nestas duas horas estes estão a recuperar do processo físico do parto, mas também se estão a conhecer um ao outro e a estabelecer relações com os restantes membros da família Lowdermilk (2008). Durante o estágio com relatório prestei cuidados a 39 puérperas/RN durante o 4º estágio do TP.

A OE (2010) recomenda o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (H.4). Assim, continuei a dar especial importância aos ensinamentos realizados às puérperas, de forma a entenderem as principais alterações que o seu corpo iria sofrer após o parto. Sendo as alterações mais evidentes a diminuição do tamanho do útero, a hemorragia vaginal (lóquios), o aumento da mama pela produção de leite e, frequentemente, sequelas perineais resultantes de lacerações ou de episiotomia (Lowdermilk, 2008).

O conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a transição para a parentalidade, na procura de uma transição próspera, com mestria em competências parentais e bem-estar emocional (Martins, 2008). Tendo como guia a teoria das transições de Meleis, as transições vividas na família nesta fase do puerpério são um dos focos de intervenção da Enfermagem, nesta fase a puérpera, o pai e a restante família vão necessitar reflectir, interagir e desenvolver uma confiança crescente para lidar com a mudança e dominar novas capacidades, enquanto desenvolvem um sentido de identidade mais flexível no meio das mudanças.

Durante o estágio julgo ter promovido uma saudável transição para a parentalidade não só através da permissão da presença do pai ou irmãos além do horário da visita, incluir o pai no parto, através do incentivo em relação à mãe, a laqueação do cordão umbilical no parto, e incentivar o pai a prestar cuidados ao RN. É primordial incluir o pai no planeamento dos cuidados não só durante o trabalho de parto e parto, mas também após o nascimento do RN, de forma a participar activamente em todo o processo, beneficiando de novas vivências e novos desafios. Tendo em conta o quadro de referência de Meleis et al. (2000) o EESMO deve

facilitar o processo de aprendizagem de competências e transmitir conhecimentos enquanto profissional que acompanha a mulher desde a fase de pré-concepção até à maternidade. Assim, o objectivo dos cuidados de enfermagem no pós-parto é ajudar a mulher e família no período inicial da parentalidade (Lowdermilk, 2008).

Nos dias seguintes ao parto tinha o cuidado de visitar as puérperas que tinha prestado cuidados enquanto grávidas ou às quais tinha realizado o parto. Uma das principais prioridades foi a continuidade dos cuidados e a relação de ajuda estabelecida enfermeira-mulher/família. Foi reconfortante o entusiasmo como fui recebida e como reconheciam os cuidados prestados, o carinho demonstrado dava-me força para continuar e para evoluir cada vez mais, enquanto futura EESMO e enquanto ser humano.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório representa o consolidar das competências adquiridas na prestação de cuidados especializados à mulher, ao RN e à família, durante a gravidez, os diferentes estádios do TP e o pós-parto. Durante este percurso de aprendizagem, prestei cuidados de enfermagem especializados à mulher, ao RN e família em situações de saúde e doença e tendo sempre como finalidade a promoção da saúde e bem-estar destes e a promoção da transição para a parentalidade, particularmente no que se refere à sexualidade.

Ao longo desta difícil caminhada, a nível profissional e pessoal, consegui encontrar-me, perceber onde me sinto verdadeiramente realizada enquanto profissional. A magia e gratificação de realizar um parto é algo arrebatador, perceber como podemos ser importantes para a promoção da vinculação do casal, da tríade e a ligação que fica entre o EESMO e o casal é algo extraordinário. O EESMO é um profissional de destaque na sociedade, o seu contributo na promoção da transição para a parentalidade é essencial para uma transição para a parentalidade positiva durante a gravidez, trabalho de parto, parto e após o nascimento do RN.

A procura da evidência mais actual foi muito importante para prestar cuidados de qualidade à mulher e família, em todas as fases do ciclo reprodutivo. Também contribuiu a Teoria das transições de Meleis na minha prestação de cuidados à mulher e família, visto que, segundo esta teoria, o enfermeiro procura compreender e conhecer de forma única e individualizada o cliente e família, assim como as suas respostas ao meio ambiente, de forma a promover a manutenção da sua saúde, equilíbrio e harmonia. Sendo o enfermeiro o principal cuidador da mulher e família, é este que compreende e diagnostica o processo de transição dos casais, avalia as mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências.

No que diz respeito à promoção da sexualidade durante a gravidez a revisão da literatura e a análise das narrativas permitiu-me compreender as principais dificuldades vivenciadas pelos casais durante a gravidez relacionadas com a sexualidade e perceber a importância do enfermeiro especialista promover junto dos

casais a sexualidade ao longo de toda a gravidez, sem tabus e de forma natural, ajudando-os a revelar as suas preocupações e dúvidas. É importante o enfermeiro especialista educar para a saúde ao nível da sexualidade na gravidez, uma vez que poucas vezes o casal tem a iniciativa de questionar, retirar dúvidas e desmistificar medos. O enfermeiro especialista deve estabelecer uma relação empática com o casal, não fazendo juízos de valor e tendo em consideração todo o contexto sociocultural destes.

É primordial um aumento da investigação na área da promoção da sexualidade durante a gravidez relativa ao enfermeiro especialista, tendo em conta que existe uma grande carência de orientações para que este possa intervir de forma mais eficaz junto dos casais. Também é importante o enfermeiro especialista realizar actividades promotoras da sexualidade na gravidez durante as sessões de PPP, consultas de saúde materna, no internamento de grávidas e urgência obstétrica. O enfermeiro especialista deve sentir confiança e abertura para abordar o tema e os esclarecimentos aos casais devem ser simples, diretos e sem juízos de valor.

A promoção da sexualidade realizada junto das grávidas e companheiros permitiu-me perceber que a disponibilidade demonstrada para discutir este assunto tão íntimo com os casais vai demonstrar preocupação com a harmonia conjugal e familiar, iremos estreitar os laços e dar mais confiança ao casal e ajudando-os a sentirem-se à vontade para expor qualquer tipo de dúvida e receio ao longo da gravidez, trabalho de parto e até durante o puerpério. A relação enfermeiro-cliente que inicialmente era de vergonha e timidez, transforma-se numa relação de cumplicidade e confiança.

Sugiro a abordagem rotineira do tema da sexualidade na gravidez por parte dos profissionais de saúde, com o intuito de identificar modificações sexuais induzidas pela gravidez e ajudar a colmata-las. A educação para a saúde junto dos casais irá contribuir para o aumento da confiança no EESMO, melhorar o autocuidado da grávida, aumentar a auto estima e promover uma melhor interação entre o casal. Fica também a indicação da importância de encontrar estratégias que incentivem o companheiro a acompanhar a grávida nas consultas de vigilância da gravidez. É igualmente importante um aumento dos estudos relacionados com o

papel do enfermeiro especialista na promoção da sexualidade durante a gravidez de forma a encontrarmos estratégias que permitam encarar a sexualidade na gravidez de forma natural e não algo que cause constrangimento, envolto em medos e mitos.

Apesar das barreiras que vão surgindo ao longo do nosso percurso profissional pretendo estabelecer uma relação próxima com a mulher, o companheiro e a família, sem juízos de valor, sem preconceitos, sem ideias pré-definidas, quero prestar cuidados individualizados, humanizados, de forma a existir abertura para a educação, informação e partilha de medos, dúvidas e necessidades dos casais e famílias.

O meu desempenho durante o estágio foi pautado por uma postura assertiva, determinada, e activa, mantendo a humildade e identificando as minhas limitações, nunca esqueci o meu papel de aluna em processo de aprendizagem. Não posso deixar de agradecer às OL (EC III e estágio com relatório) que me apoiaram, retiraram dúvidas, acompanharam neste percurso e me incentivaram a nunca desistir e me ajudaram a desenvolver as competências inerentes à prática de cuidados do EESMO e contempladas no REEESMOG (OE, 2011).

Para evoluirmos enquanto pessoas e profissionais é necessário pararmos e reflectirmos acerca das nossas vivências, positivas e negativas, desta forma as narrativas e a sua análise foram importantes momentos de reflexão e análise de situações vividas. Segundo Hesbeen (2001), a reflexão é imprescindível nas profissões dos que cuidam, desde que estes queiram tratar a pessoa de forma holística e não apenas o seu corpo.

Apesar de ter consciência da responsabilidade quando terminar este processo formativo, estou ansiosa por dar continuidade às competências adquiridas e dar o meu cunho pessoal a todos os cuidados prestados, nunca esquecendo a promoção da sexualidade junto das grávidas e conservando a linha orientadora de pensamento que apoiou a minha prática de cuidados, a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouzari-Gazafrودي, K., Najafi, F., Kazemnejad, E., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2015). *Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy*. Reproductive Health, 1272. Doi:10.1186/s12978-015-0065-0
- Advanced Practice Nurse Comitee. (2004). *The Strong Model of Advanced Practice*. Health Sciences Institute Winnipeg, 3–4.
- Aasheim, V., Nilsen, A. B., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2012). *Perineal Techniques during the second stage of labour for reducing trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Allen, A. T. (2007). *Feminism and motherhood in Western Europe, 1890-1970*. New York: Palgrave Macmillan Press.
- Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte, G.M.L. (2013). *Comparing continuous electronic fetal monitoring in labour (cardiotocography, CTG) with intermittent listening (intermittent auscultation, IA)*. Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.
- Barbosa B., N. et al (2011) *Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade*. Revista Eletrônica de Enfermagem 13 (3), 464-73
- Bardin, L. (2009) – *Análise de Conteúdo*. 4ª edição. Lisboa: Edições 70. ISBN: 978-972-44-1154-5.
- Basevi, V., & Lavender, T. (2009). *Routine perineal shaving on admission in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bia, F. (2008). *Reabilitação da sexualidade após acidente vascular cerebral*. Nursing, nº 234. Acedido a 09/10/2016 em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3383
- Bomar, P. J. (2009). *Promoting Health in Families* (Saunders, Ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Branden, P. S. (2000). *Enfermagem Materno-Fetal* (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Burgess, M. (2015). *Community health nurses*. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 22(11), 56–56 1p. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103805674&site=e-host-live>

- Camacho, K. G.; Vargens, OM da C.; Progiante, J. M. *Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade*. Revista Enfermagem UERJ, v.18, n. 1, p. 32-7, 2010. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-556434>>.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez na maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Canavarro, M. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (2ª ed.) Coimbra: Portugal: Quarteto editora.
- Caple, C., & March, P. D. (2014, December 19). *Menopause: Sexual Functioning*. (D. Pravikoff & D. Pravikoff, Eds.). Glendale, California: Cinahl Information Systems. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=5000001904&site=ehost-live>
- Carteiro, D. M. H., Sousa, L. M. R. D., & Caldeira, S. M. A. (2016). *Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão integrativa de literatura*. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(1), 165-173.
- Carteiro, D., Néné, M. (2015). *A importância da formação na área da sexualidade em enfermagem*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras Nº16/2015, 4-8.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2013). *Episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Carneiro, M. (2008). *Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Porto: Editora da Universidade do Porto.
- Carvalho, J. (2009)- *Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho*. Revista Rene . Vol.10, nº3, p. 125-131.
- CIPE/ICNP -*Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2 (2011). Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2 (2011). Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Coimbra, V.; Ruivo, S.; Silva, E. (2005). *A vivência da sexualidade na gravidez*. Sinais Vitais, (61), 53-54;
- Collière, Marie-Françoise – *Cuidar... A Primeira Arte de Vida*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-53-3.
- Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM). *Sexualidade e Planeamento Familiar*. Lisboa: CIDM, 1994. ISBN 972-597-099-3.

- Colman, A. & Colman, L. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri
- Conde, A; Figueiredo, B. *Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós parto*. *Análise Psicológica* [Em linha]. Vol. 25, nº3, (Jul./Set., 2007), p.381-398. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a06.pdf> ISSN 0870-8231.
- Costa LHR, Coelho EAC. *Sexuality and the intersection with caring in the nurse's professional practice*. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2015 Jun 5];66(4):493-500. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a05.pdf> Portuguese.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Coutinho, E., Morais, C., Parreira, V. & Duarte, J. (2014). *Contributos da preparação para o parto na perceção de cuidados culturais*. *Millenium*, 47, p. 21-32. Acedido 01.11.2015. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/3.pdf>
- Delassus, Jean.-Marie (2000). *O Génio do Feto. Vida Pré-Natal e Origem do Homem*. (1ªed): Piaget Editora.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Indução do trabalho de parto*. DGS.<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa al parto normal: Documento de consenso da Federación de Asociaciones de Matronas de España*. Barcelona: FAME.
- Ferreira, I. & Pimentel, I. (2005). *Ser mãe e ser mulher: Um dilema no feminino*. Nursing, (202)
- Figueiredo, B. , Pacheco A., Costa, R. & Magarinho, R. (2004). *Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez*. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*.
- Figueiredo, B. & Leal, I; (2007). *Género, psicologia e saúde*. *Análise Psicológica*, 25.
- Figueiredo, B.; Silva, A. (2005). *Sexualidade na gravidez e após o parto*. *Psiquiatria clínica*, 25. (3), 253-264.
- Fortin, M. (1996). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

- Fortin, M.(2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Fountain L. Assessment of the pregnant female. (2007). In D. D'Amico & C. Barbarito (Eds.), *Health and physical assessment in nursing* (pp. 821–873). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- França, I. & Chaves, A. (2005). *Sexualidade e paraplegia: o dito, o explícito e o oculto*. Acta Paulista de Enfermagem, vol. 18, n.º3, p. 253-259. Acedido a 20/02/2016 em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v18n3/a05v18n3.pdf>
- Freire, P. (1999). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 11.ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (3ª ed.) Lisboa: Lidel, Edições Técnicas,Lda.
- Hayter, M. (2009). *The structure of contraceptive education and instruction within nurse led family planning clinics: a grounded theory study*. Journal of Clinical Nursing, 18(18), 2656–2667. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02651.x
- Hesbeen, W. (2001). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). *Continues support for women during childbirth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido 20.06.2014. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>.
- Katz A. Do ask, do tell: *Why do so many nurses avoid the topic of sexuality?* American Journal of Nursing. 2005a;105:66–68. [PubMed]
- Le Boterf, G. (2004). *Construire les compétences individuelles et collectives: la compétence n'est plus ce qu'elle était*. 3ªed. Paris: Éditions d' organization. ISBN 2-7081-3046-3.
- Lech, M. & Martins, P. (2003). *Oscilações do desejo sexual no período gestacional*. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 20(3), 37-46.
- Lei n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Diário da República, II série, n.º 35. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf.

- Longarito, C. S. (2002). *O Ensino Clínico: A Importância da orientação e a construção do saber profissional*. Revista Investigação em Enfermagem, 5(2), p. 26 – 33.
- Lothian, J. a. (2008). *Childbirth Education at the Crossroads*. The Journal of Perinatal Education, 17(2), 45–49. doi:10.1624/105812408X298381
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). Loures:Lusodidacta.
- Machado M.H. (2005) *Assistência pré-natal*. In: Graça LM. Medicina Materno-Fetal.; (pp123- 133). Lisboa,Portuga: Lidel.
- Magalhães L. & Soares R. *Sexualidade na gravidez*. Rev. Ecos de Enfermagem, 2007 (262): 10-11.
- Martins, C. (2008). *Transição para a Parentalidade*. Lisboa: Editora UP.
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Meleis A. & Trangenstein P. (1994) *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. Nursing Outlook 42(6).
- Meleis A., Sawyer L., Im E.-O., Hilfinger Messias D. & Schumacher K. (2000) *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. Advances in Nursing Science 23(1)
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoritical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkin.
- Meleis, Afaf Ibrahim, Schumacker, Karen e Jones, Patricia S. 2010. *Helping Elderly Persons in Transition: A framework for research and practice*. [autor do livro] Afaf Ibrahim Meleis. Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York : Springer Publishing Company, 2010, pp. 129-144.
- Murtagh J. *Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: Implications for practice*. J Midwifery Women's Health [Internet]. 2010[cited 2015 Jun 5];55(5):438-46. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152695230900470X>
- Monteiro P., et al. (2006). *Estudo Episex-pt. Médico de Família*, Nº 98F, Fevereiro, 96-97

- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). *Earl skinto-skin contact for mothers and their health newborn infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Netto, H. (2004). *Obstetricia básica*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Nodin N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Chiado, Bertrand Editora.
- Nunes, Lucília. *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-30-04.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Pub. L. No. Regulamento n.º 127/2011 (2011). Portugal: Diário da República 2ª série.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal—Uma visão partilhada*. Lisboa: OE & APEO.
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório mundial da saúde - saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Oxorn, H. (1989). *Trabalho de parto*. São Paulo: Roca.
- Pasini, W. (1993). *A qualidade dos sentimentos*. Lisboa: Difusão cultural.
- Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R. & Souza, A. S. R. (2010). *Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências*. *Femina*, 38(10), p. 527-537
- Portelinha, C. (2003). *Sexualidade durante a gravidez*. Coimbra, Portugal: Quarteto
- Queirós, et al. (2011). *Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(5), 434-443.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento
- Revez, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). *Enemas during labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2)
- Rezende, M.. *Ginecologia e Obstetrícia*. 12.ed. Guanabara Koogan, 2011.

- Rocha, C. R., & Fonseca, L. C. (2010). *Revista de Pesquisas – Cuidado é Fundamental. Assistência do Enfermeiro Obstetra à Mulher Parturiente: Em busca do respeito à natureza*. Brasil. Abr/jun. 2 (2): 807-816.
- Rocha, I. M., Oliveira, S. M., Schneck, C. A., Riesco, M. L., & Costa, A. S. (2009). *O partograma como instrumento de análise de assistência ao parto*. Rev. Esc. Enferm. USP 43 (4) : 880-8. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/>
- Saval, C. R.; Mendes A.K.; Cardoso, F. I. (2008). *Perfil do comportamento sexual na gestação*. Fisioter Mov.;21(2):61-70
- Silva A.L; Figueiredo B. (2005). *Sexualidade na gravidez e após o parto*. Psiquiatr Clín.;3(5):253-64.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., & Jones, L. (2012). *Massage, Reflexology and other manual methods for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Vanelli, C. (2011). *Sexo na gestação na percepção masculina*. UNOSC (Universidade do Oeste de Santa Catarina), São Miguel do Oeste-SC. Trabalho de Conclusão de Curso
- Vasconcelos, K. L., Martins, C. A., Matos, D. V., Tyrrel, M. A., Bezerra, A. L., & Porto, J. (2013). *Partograma: Instrumento para segurança na assistência obstétrica*. Rev Enferm. UFPE. On line.
- Vehvilainen, K., Liukkonen, A. (1998). *Fathers' experience of childbirth*. Midwifery, 14,10.
- Vieira, A. R. (2008). *Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura*. Servir, 56(3-4), p.146-154.
- Vilelas, J. (2009). *A Influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Lisboa: Formasau
- Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, K. N., Gartlehner, G., & Thorp, J. (2005). *The use of episiotomy obstetrical care*. Cochrane Database of Systematics Reviews.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Weeks, J. (2003). *Sexuality*. Nova Iorque: Routledge.
- Wolff, L. (2004) *Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto. Tese de Doutorado*. Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery.

World Health Organization (1998). *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation.

World Health Organization (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Geneve

World Health Organization (2010). *Developing Sexual Health Programmes: A Framework for Action*. Geneve: WHO, p.1-55. Acedido a 3/9/2016 em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf

World Health Organization (2010). *Implementing best practices in reproductive health. Our first 10 years 2000-2010*. Disponivel em <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/ibp/en/>.

World Health Organization (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva.

APÊNDICES

APÊNDICE I

(Grelha orientadora dos registos das narrativas)

Idade Gestacional:

Idade materna:

Idade paterna:

Gestação/ Paridade:

Contexto: (consulta saúde materna; sessão PPP; internamento de grávidas; urgência obstétrica)

Vivência da sexualidade anteriormente à gravidez	
Presença do companheiro	
Participação do casal na discussão	
Iniciativa do casal em abordar o tema sexualidade	
Problemas identificados	
Promoção da sexualidade	
Recetividade do casal	
Necessidade de encaminhamento	

APÊNDICE II

(Grelha de análise dos artigos)

Título/ Autores/ Ano	<p>FACTORES DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS QUE AFECTAM O FUNCIONAMENTO SEXUAL DAS MULHERES DURANTE A GRAVIDEZ.</p> <p>Kobra Abouzari-Gazafrودی, Fatemeh Najafi, Ehsan Kazemnejad, Parvin Rahnama e Ali Montazeri</p> <p>2015</p>
Objectivo	O desejo sexual e frequência das relações sexuais durante a gravidez continua a ser um desafio. Este estudo teve como objetivo avaliar os fatores que afetam o funcionamento sexual das mulheres durante a gravidez.
Tipo de Estudo	Estudo Transversal
Participantes	518 grávidas
Resultados/Conclusões	<p>A gravidez não desejada pode afectar a sexualidade durante a gravidez, uma vez que pode causar ansiedade e distúrbios emocionais levando a disfunção sexuais;</p> <p>A falta de informação adequada sobre sexualidade na gravidez e preocupações sobre os possíveis resultados obstétricos adversos são responsáveis por alterações na sexualidade;</p> <p>A satisfação com o relacionamento também desempenham papel importante na função sexual diminuiu durante a gravidez</p> <p>As grávidas com maior nível de escolaridade são mais saudáveis têm menos problemas sexuais durante a gravidez, aparentemente estas mulheres procuraram mais ajuda em caso de disfunção sexual durante gravidez</p> <p>Também demonstrou maior frequência nas relações sexuais durante o terceiro trimestre, em relação ao primeiro, uma vez que nesta fase os casais são aconselhados a ter relações sexuais de forma a facilitar o início do trabalho de parto.</p> <p>É sugerido no estudo abordar de forma rotineira o tema da sexualidade na gravidez por parte dos profissionais de saúde, com o intuito de melhorar a percepção de possíveis modificações sexuais induzidas pela gravidez dos casais</p>

Título/ Autores/ Ano	<p>ESTUDO DESCRITIVO SOBRE A SEXUALIDADE DA MULHER VIVENCIANDO A GESTAÇÃO</p> <p>Gondim, Aparecida Neuritianny Chaves; Pitombeira, Hércia Carla dos Santos; Barbosa, Bartira Nunes; Paiva, Jamile de Souza Pacheco; Gomes, Linicarla Fabiole de Souza; Damasceno, Ana Kelve de Castro</p> <p>2011</p>
Objectivo	Caracterizar a sexualidade das grávidas avaliando o conhecimento destas em relação às alterações ocorridas no período gestacional e identificar a sua satisfação sexual nesse período
Tipo de Estudo	Estudo Quantitativo
Participantes	108 grávidas
Resultados/Conclusões	<p>Foram observadas muitas dúvidas relativamente à sexualidade, tais como: outras práticas sexuais além da vaginal, o medo de magoar o feto ou abortar durante o ato sexual.</p> <p>Foi observada baixa auto-estima em, aproximadamente, metade da amostra que dizia não se considerar atraente fisicamente ou não estar feliz com as mudanças ocorridas no seu corpo.</p> <p>A questão do desejo e da satisfação sexual foram divergentes quando relacionadas com o período anterior e durante a gravidez. Em alguns casos havia o total desconhecimento acerca de satisfação sexual.</p> <p>Assim, assistência pré-natal de qualidade, com fornecimento de informações, orientações e apoiando as grávidas é fundamental para garantir a qualidade de vida da mulher inserida no contexto familiar.</p>

Título/ Autores/ Ano	<p>A SEXUALIDADE DO CASAL NA GRAVIDEZ: FATORES QUE INFLUENCIAM A RELAÇÃO SEXUAL</p> <p>Julia Maria das Neves Carvalho, Sandra Roldão</p> <p>2014</p>
Objectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores que influenciam a relação sexual do casal na gravidez; - Compreender de que forma os fatores influenciam a relação sexual na gravidez; - Refletir sobre as práticas no âmbito da educação em saúde, de acordo com os estudos selecionados.
Tipo de Estudo	Revisão integrativa da literatura
Resultados/Conclusões	<p>Cada gravidez e cada casal são únicos e a forma como vivenciam as relações sexuais durante a gestação assume um cariz muito particular e muito individual, sendo influenciada por receios, dor, desconforto, náuseas, vômitos, fadiga, edema, imagem corporal, proeminência do abdómen, percepção dos movimentos fetais, satisfação e desejo sexual.</p> <p>Os fatores anteriormente descritos influenciam negativamente a relação sexual do casal, causando assim impacto na sua vida sexual. No geral, e na maioria dos estudos consultados, verificou-se uma diminuição na frequência da atividade sexual em relação ao estado não-gravídico.</p>

Título/Autores/Ano	SEXUALIDADE NO TERCEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ Alexandra Queirós, Pedro Conde, Vera Cunha, Paula Ambrósio, Filipe J. Marques, Fátima Serrano 2011
Objectivo	Descrever a experiência sexual feminina no terceiro trimestre de gravidez
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo
Participantes	100 mulheres com gravidez de baixo risco
Resultados/Conclusões	Os autores acreditam que na maioria dos casos a gravidez não provoca uma rutura na sexualidade de um casal se esta era previamente satisfatória. No entanto, consideram importante a abordagem deste tema com a grávida por parte dos profissionais de saúde.

Título/Autores/Ano	PERFIL DO COMPORTAMENTO SEXUAL NA GESTAÇÃO Ana Carolina Rodrigues Savall, Aline Knepper Mendes, Fernando Luiz Cardoso 2008
Objectivo	Delinear o comportamento sexual durante a gravidez
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo
Participantes	40 Grávidas
Resultados/Conclusões	A percepção do interesse sexual dos companheiros manteve-se igual antes e durante a gravidez. As práticas sexuais realizadas não se alteraram quando comparados os períodos pré e gestacional, embora a maioria das gestantes relatou adotar posições sexuais mais confortáveis durante a gestação.

